



Ana Carina Flora Benevides

IMAGEM DO CORPO, PERTURBAÇÕES ALIMENTARES E TRAÇOS DE PERSONALIDADE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

IMAGEM DO CORPO, PERTURBAÇÕES ALIMENTARES E TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Ana Carina Flora Benevides

Orientação: Prof.^a Doutora Graça Santos

Co-orientação: Prof. Doutor Paulo Cardoso

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

UE
172
862

Évora | 2010



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

IMAGEM DO CORPO, PERTURBAÇÕES ALIMENTARES E TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Ana Carina Flora Benevides



172862

Orientação: Prof.^a Doutora Graça Santos

Co-orientação: Prof. Doutor Paulo Cardoso

Évora | 2010

CONSTITUIÇÃO DO JURÍ

Presidente de Júri:

Prof. Doutor Rui Alexandre Godinho da Costa Campos (UE)

Arguente:

Prof. Doutor Israel Contador Castillo (UE)

Orientadora:

Prof.^a Doutora Maria da Graça Duarte Silva Santos (UE)

Orientador:

Prof. Doutor Paulo Miguel da Silva Cardoso (UE)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo seu apoio, ajuda e confiança que depositaram em mim para a realização deste trabalho.

Aos meus irmãos, Susana, Dinarte e Nuno, pela força, apoio e alegria fazendo com que tudo se tornasse mais calmo.

Ao meu irmão Marcelo, pelo seu apoio, carinho e dedicação. Sendo um motivo de inspiração e motivação para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Graça Santos, por me ter apoiado na fase inicial da tese e na sua contribuição para o delineamento do meu trabalho.

Ao professor Doutor Paulo Cardoso, por me ter auxiliado na parte estatística e pelas valiosas contribuições que muito ajudaram para a melhoria deste trabalho.

Aos meus amigos pelo seu apoio, atenção, carinho e por me acompanharem neste caminho.

À Dr.^a Micaela, por me ter acompanhado durante este ano como minha orientadora de estágio, pela compreensão e suporte.

Aos professores que disponibilizaram o seu tempo de aula e aos estudantes que aceitaram participar no estudo, possibilitando a realização deste.

A todas as pessoas que, directa ou indirectamente, tornaram este trabalho possível.

ÍNDICE

LISTA DE ANEXOS.....	VII
LISTA DE FIGURAS.....	VIII
LISTA DE TABELAS.....	IX
RESUMO.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUÇÃO	1

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1 – Imagem do Corpo	5
1.1. Construção da Imagem do Corpo.....	10
1.2. Abordagem psicodinâmica	12
1.3. Abordagem cognitivo-comportamental	15
1.4. Abordagem social/contextual.....	16
Capítulo 2 – Imagem do Corpo e Perturbações Alimentares.....	21
2.1. Perturbações alimentares.....	21
2.1.1. Anorexia Nervosa	23
2.1.2. Bulimia Nervosa	25
2.1.3. Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação.....	28
2.2. Imagem Corporal e Perturbações Alimentares	31
Capítulo 3 – Imagem do Corpo e Traços de Personalidade	39
3.1. Personalidade	39
3.2. Traços de Personalidade.....	41
3.3. Modelo dos Cinco Factores	44
3.4. Imagem Corporal e Traços de Personalidade.....	45
3.5. Traços de Personalidade e Perturbações Alimentares	47

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 4 – Imagem Do Corpo, Perturbações Alimentares e	
Traços De Personalidade	53
4.1. Objectivos do estudo	53
4.2. Participantes	54
4.2.1. Caracterização da amostra	54
4.3. Instrumentos	57
4.3.1. Questionário sobre a Imagem do Corpo (BIQ)	57
4.3.2. Inventário de Personalidade (NEO-FFI-20)	59
4.3.3. Eating Disorders Inventory (EDI-2)	62
4.4. Procedimentos	65
Capítulo 5 – Análise Dos Resultados	67
5.1. Análise Factorial – BIQ	67
5.1.1. Caracterização dos factores do BIQ	69
5.1.2. Estudo da consistência interna	70
5.1.3. Estudo da homogeneidade dos itens	71
5.2. Análise Factorial do NEO-FFI-20	76
5.2.1. Caracterização dos factores do NEO-FFI-20	77
5.2.2. Estudo da consistência interna	80
5.2.3. Estudo da homogeneidade das escalas	81
5.3. Análise do EDI-2	86
5.3.1. Estudo da precisão do EDI-2	87
5.4. Resultados	89
5.4.1. Análise correlacional entre os três instrumentos de avaliação ..	89
5.4.2. Estudo das diferenças entre grupos nos factores do BIQ	99
5.4.3. Estudo das diferenças entre grupos nas dimensões	
do NEO-FFI-20	102
5.4.4. Estudo das diferenças entre grupos nas escalas do EDI-2	104
DISCUSSÃO	111
CONCLUSÕES	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXOS	

LISTA DE ANEXOS

Anexo I- Body Image Questionnaire (BIQ)

Anexo II – NEO-FFI-20

Anexo III – Eating Disorders Inventory (EDI-2)

Anexo IV – Matriz não rodada dos factores do BIQ

Anexo V - Matriz rodada dos factores do BIQ

Anexo VI- Matriz não rodada dos domínios do NEO-FFI-20

Anexo VII- Matriz rodada dos domínios do NEO-FFI-20

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Scree Test dos factores do BIQ	68
<i>Figura 2.</i> Scree Test dos factores do NEO-FFI-20	77

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1.</i> Resumo das diferentes perturbações alimentares	29
<i>Tabela 2.</i> Distribuição da amostra por Género e Curso	55
<i>Tabela 3.</i> Distribuição da amostra pelos Grupos Etários e Género, mediana e média	55
<i>Tabela 4.</i> Distribuição da amostra por ano de curso e género	56
<i>Tabela 5.</i> Distribuição da amostra por ano de curso e curso.....	56
<i>Tabela 6.</i> Distribuição da amostra por Grupo de Idades e Curso	57
<i>Tabela 7.</i> Factores que integram a BIQ	58
<i>Tabela 8.</i> Dimensões e itens que integram o NEO-FFI-20	62
<i>Tabela 9.</i> Sub-escalas do EDI-2, número de itens e itens correspondentes	65
<i>Tabela 10.</i> Factor 1 - Fechamento/Acessibilidade	69
<i>Tabela 11.</i> Factor 2 - Insatisfação/Satisfação	69
<i>Tabela 12.</i> Factor 3 - Passividade/Actividade	70
<i>Tabela 13.</i> Factor 4 - Tenso/Sereno	70
<i>Tabela 14.</i> Coeficientes de precisão do BIQ	71
<i>Tabela 15.</i> Correlações dos itens com o resultado da factor a que pertence	72
<i>Tabela 16.</i> Inter-correlações dos itens do factor Fechamento/Acessibilidade	73
<i>Tabela 17.</i> Inter-correlações dos itens do factor Insatisfação/Satisfação	73
<i>Tabela 18.</i> Inter-correlações dos itens do factor Passividade/Actividade	74
<i>Tabela 19.</i> Inter-correlações dos itens da escala Tenso/Sereno.....	74
<i>Tabela 20.</i> Correlação dos itens do factor Fechamento/Acessibilidade com o total do seu factor e dos restantes factores	75
<i>Tabela 21.</i> Correlação dos itens do factor Insatisfação/Satisfação com o total do seu factor e dos restantes factores	75
<i>Tabela 22.</i> Correlação dos itens do factor Passividade/Actividade com o total do seu factor e dos restantes factores	75
<i>Tabela 23.</i> Correlação dos itens do factor Tenso/Sereno com o total do seu factor e dos restantes factores.....	76
<i>Tabela 24.</i> Factor 1 – Extroversão	77
<i>Tabela 25.</i> Factor 2 – Neuroticismo	78
<i>Tabela 26.</i> Factor 3 – Conscienciosidade	78
<i>Tabela 27.</i> Factor 4 – Amabilidade	79
<i>Tabela 28.</i> Factor 5 – Abertura à Experiência	79

<i>Tabela 29. Coeficientes de precisão do NEO-FFI-20</i>	<i>80</i>
<i>Tabela 30. Correlações dos itens com o resultado do domínio a que pertence.....</i>	<i>81</i>
<i>Tabela 31. Inter-correlações dos itens do domínio Neuroticismo</i>	<i>82</i>
<i>Tabela 32. Inter-correlações dos itens do domínio Extroversão.....</i>	<i>82</i>
<i>Tabela 33. Inter-correlações dos itens do domínio Abertura à Experiência.....</i>	<i>83</i>
<i>Tabela 34. Inter-correlações dos itens do domínio Amabilidade</i>	<i>83</i>
<i>Tabela 35. Inter-correlações dos itens do domínio Conscienciosidade</i>	<i>84</i>
<i>Tabela 36. Correlação dos itens do domínio Neuroticismo com o total do seu domínio e dos restantes domínios.....</i>	<i>84</i>
<i>Tabela 37. Correlação dos itens do domínio Extroversão com o total do seu domínio e dos restantes domínios.....</i>	<i>85</i>
<i>Tabela 38. Correlação dos itens do domínio Abertura à experiência com o total do seu domínio e dos restantes domínios.....</i>	<i>85</i>
<i>Tabela 39. Correlação dos itens do domínio Amabilidade com o total do seu domínio e dos restantes domínios.....</i>	<i>85</i>
<i>Tabela 40. Correlação dos itens do domínio Conscienciosidade com o total do seu domínio e dos restantes domínios.....</i>	<i>85</i>
<i>Tabela 41. Média e desvio padrão das sub-escalas do EDI-2.....</i>	<i>86</i>
<i>Tabela 42. Coeficientes de precisão do EDI-2</i>	<i>87</i>
<i>Tabela 43. Valores de correlações entre os factores do BIQ e o EDI-2.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabela 44. Valores de correlações entre o BIQ e o EDI-2</i>	<i>90</i>
<i>Tabela 45. Valores de correlações entre o NEO e o EDI-2</i>	<i>92</i>
<i>Tabela 46. Valores de correlações entre o NEO e o BIQ</i>	<i>93</i>
<i>Tabela 47. Valores de correlações entre o NEO e o BIQ</i>	<i>93</i>
<i>Tabela 48. Valores de correlações entre o EDI-2 e o NEO-FFI.....</i>	<i>94</i>
<i>Tabela 49. Valores de correlações entre o BIQ, o EDI-2 e o NEO-FFI-20, média e desvio padrão.....</i>	<i>97</i>
<i>Tabela 50. Média, desvio padrão e Índice de significância nos factores do BIQ e Género</i>	<i>99</i>
<i>Tabela 51. Média, desvio padrão e índice de significância nos factores do BIQ e Grupos de Idade</i>	<i>100</i>
<i>Tabela 52. Média, desvio padrão e índice de significância nos factores do BIQ e Cursos</i>	<i>101</i>
<i>Tabela 53. Média, desvio padrão e índice de significância</i>	

nas dimensões do NEO-FFI e Género.....	102
<i>Tabela 54. Média, desvio padrão e índice de significância</i>	
nas Dimensões do NEO-FFI-20 e Grupos de Idade.....	103
<i>Tabela 55. Média, desvio padrão e índice de significância</i>	
nas dimensões do NEO-FFI e curso frequentado	104
<i>Tabela 56. Média, desvio padrão e índice de significância</i>	
nas sub-escalas do EDI-2 e cursos frequentados	105
<i>Tabela 57. Média, desvio padrão e índice de significância</i>	
nas sub-escalas do EDI-2 e Grupos de Idade.....	106
<i>Tabela 58. Média, desvio padrão e índice de significância</i>	
nas sub-escalas do EDI-2 e Género	107

IMAGEM DO CORPO, PERTURBAÇÕES ALIMENTARES E TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Resumo: Este estudo tem como objectivo investigar a relação entre a imagem do corpo, perturbações alimentares e traços de personalidade. 254 estudantes do ensino superior, 191 raparigas (Idade média = 21,53) e 63 rapazes (Idade média = 22,87) responderam a: *Questionário sobre a Imagem do Corpo* (Bruchon-Schweitzer, 1992), *Eating Disorder Inventory* (Garner, Olmstead & Polivy, 1983) e o NEO-FFI-20 (Bertoquini & Ribeiro, 2006). Os resultados obtidos revelaram uma correlação positiva entre a imagem corporal e o comportamento alimentar. As dimensões de personalidade Extroversão e Conscienciosidade estão correlacionadas positivamente com a imagem corporal, enquanto que a dimensão Abertura à Experiência correlaciona-se de modo negativo com a imagem corporal e com o comportamento alimentar.

Palavras-Chave: Imagem do Corpo; Perturbações Alimentares; Personalidade

BODY IMAGE, EATING DISORDERS AND PERSONALITY TRAITS

Abstract: This study aims to investigate the relationship between body image, eating disorders and personality traits. 254 higher education students, 191 girls (mean age = 21.53) and 63 boys (mean age = 22.87) answered: Questionnaire on Body Image (Bruchon-Schweitzer, 1992), Eating Disorder Inventory (Garner , Olmstead & Polivy, 1983) and the NEO-FFI-20 (Bertoquini & Ribeiro, 2006). The results revealed a positive correlation between body image and eating behaviors. The personality dimensions Extraversion and Conscientiousness was positively correlated with body image, while the dimension Openness to Experience correlated negatively with body image and eating behavior.

Keywords: Body Image, Eating Disorders, Personality

“O homem vive com uma imagem do seu próprio corpo que lhe dá acesso, por um lado, a uma ‘forma’ que ele reconhece como sua, bem delimitada no espaço e composta pela unidade viva das suas diferentes partes; por outro lado, a um ‘sentido’ que lhe permite habitar o seu corpo como um universo familiar e coerente, e não como um caos de sensações estranhas e hostis”

(Le Breton, citado por Cunha, 2004, p.93)

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1 – IMAGEM DO CORPO

O conceito teórico de imagem corporal é muito utilizado no âmbito da psicologia, sociologia, psiquiatria e medicina. O termo é aplicado para explicar aspectos importantes da personalidade, como a auto-estima ou auto-conceito, para explicar certas psicopatologias como os transtornos dismorfóbicos e alimentares. Contudo, não existe um consenso científico sobre a definição de imagem corporal.

A imagem corporal tem sido um conceito central poderoso para os psicólogos da saúde, sendo normalmente descrita em termos de complexidade e multi-dimensionalidade, e como uma experiência humana consciente ou inconsciente por factores históricos, culturais, sociais, individuais e biológicos (Gleeson & Frith, 2006).

As primeiras referências à imagem corporal e alterações associadas surgiram no século XX. Uma das primeiras definições de imagem corporal surgiu com Ambroise Pare (citado por Schilder, 1981) ao observar um sujeito que, após lhe ter sido amputado um membro, continuava a sentir, ilusoriamente, a presença desta mesma parte do corpo, sendo esta, aparentemente, a origem do sofrimento e dor do sujeito.

A imagem corporal é *“mais do que uma imagem que permanece distinta do corpo, ela é o ser mesmo do sujeito encarnado, enquanto ser imaginário. Pois em qualquer altura, o corpô tem esse poder de metamorfose em que se actualiza como outro, levado por um espaço e um tempo que são igualmente outros”* (Sami-Ali, citado por Gomes, 2002, p. 84-85).

Para Bruchon-Schweitzer, a imagem corporal é um *“conjunto de sentimentos, atitudes, lembranças e experiências que o indivíduo acumulou a propósito do seu corpo e são integradas numa percepção global”* (1986/87, p. 893).

Já para Schilder (citado por Fisher, 1990), a imagem do corpo humano pode ser definida como a representação mental do nosso corpo, a forma como vemos e pensamos o nosso corpo, também sendo a forma como acreditamos que os outros nos vêem. Este autor define a imagem corporal como sendo *“a imagem subjectiva do próprio corpo formada na nossa mente, enquanto objecto único; não é apenas perceptiva, é construída de forma dinâmica a partir das interacções sociais e segundo os padrões de uma cultura”* (Maximiano et al., 2004, p.70). Vários autores consideram a imagem corporal um fenómeno multifacetado, sendo não só uma construção cognitiva mas valorizando factores dependentes da personalidade (conscientes e não conscientes), onde se reflectem os desejos, as atitudes e interacções emocionais com outros indivíduos (Fisher, 1990; Cunha, 2004; Saikali et al., 2004; Barros, 2005;

Freitas, 2008). Schilder também define imagem do corpo como *“a pintura do nosso próprio corpo, que nós formamos na nossa consciência, o que é dizer a forma como o corpo aparece a nós próprios”* (Schilder, 1935, citado por Schilder, 1981, p. 83).

Por sua vez, Hargreaves e Tiggemann salientam a importância dos pensamentos e sentimentos do indivíduo acerca do seu próprio corpo e aparência física como elementos principais de imagem corporal (2006).

Segundo Cash (2004), os indivíduos possuem experiências subjectivas da sua própria aparência que, muitas vezes, têm mais poder psicológico do que a ‘realidade’ do seu próprio corpo. A imagem corporal é multifacetada, com várias experiências psicológicas, não sendo exclusivamente a aparência física, *“body image is body images”* (Cash, 2004, p. 1).

Também para Capisano (1992), a imagem do corpo é estruturada na nossa mente, no contacto do indivíduo com ele próprio e com o mundo que o rodeia, evidenciando a importância de elementos do inconsciente, remetendo, assim, para um conceito de imagem do corpo ligado à figuração do corpo na mente.

Múltiplas questões teóricas e aproximações estão implícitas no debate sobre esquema corporal, imagem corporal e representação do próprio corpo. Head e Holmes (citado por Freitas, 2008), definem esquema corporal como a imagem tridimensional que os indivíduos têm deles próprios, tratando-se de uma intuição de conjunto, que responde à situação presente do corpo, e que toda a mudança de atitude faz variar. Cada nova impressão é percebida através deste conjunto e cada impressão elementar apoia-se neste universo somático, modificando-o. O esquema corporal corresponde à totalização e à unificação constante das sensibilidades orgânicas e das impressões posturais.

Schilder (citado por Freitas, 2008), refere que o esquema corporal somente se revela pelo movimento, assim, o esquema corporal é considerado como uma condição elementar do acto que se limita às experiências cinestésicas e às estruturas posturais, enquanto a imagem do corpo é uma figuração mental, que insere o modo como o corpo se manifesta para cada um, incluindo a percepção. É um esquema plástico em constantes alterações de posição onde ocorre a construção do modelo postural, que se altera constantemente. Quando se constrói a percepção do corpo, não se age meramente como um aparelho perceptivo, mas existe uma personalidade que experimenta a percepção.

Cash e Pruzinsky (1990) defendem que existem várias imagens corporais inter-relacionadas, como sejam:

- Imagem perceptual – diz respeito à percepção do próprio corpo, ao conceito de esquema corporal, onde se inclui a formação sobre o tamanho e a forma do corpo e das suas partes;
- Imagem cognitiva – inclui pensamentos, auto-mensagens e crenças sobre o nosso corpo;
- Imagem emocional – insere os sentimentos relativamente ao grau de satisfação com a figura corporal e com as experiências que o corpo proporciona.

Os mesmos autores criaram, também, algumas concepções em torno do conceito de imagem corporal, considerando que esta:

- Se refere às percepções, pensamentos e sentimentos sobre o corpo e suas experiências, sendo a própria experiência subjectiva;
- É multifacetada, ocorrendo mudanças em muitas dimensões;
- As suas experiências são alternadas por sentimentos sobre o próprio, a forma como se percebe e vivencia o seu corpo;
- As imagens corporais são também determinadas socialmente, e esta influência social ocorre durante toda a vida;
- As imagens corporais não são fixas ou estáticas, na medida em que aspectos da experiência corporal são constantemente modificados;
- As imagens corporais influenciam o processamento de informações, influenciando os indivíduos a verem o que esperam ver;
- As imagens corporais influenciam o comportamento, principalmente as relações interpessoais.

Desta forma, Cash e Pruzinsky (1990) investigaram duas dimensões principais: o investimento na imagem do corpo e a avaliação da imagem do corpo. O investimento na imagem do corpo reflecte o grau da importância cognitiva e comportamental que os indivíduos dão ao seu corpo e à sua aparência; a avaliação da imagem do corpo refere-se ao grau de satisfação ou de insatisfação do indivíduo com o seu corpo e aparência.

Também nesta tentativa de delimitação, Thompson (citado por Saikali, *et al.*, 2004) refere que o conceito de imagem corporal compreende três partes: uma perceptiva, que está relacionada com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso; uma subjectiva, que engloba aspectos como a satisfação com a aparência, o nível de preocupação e

ansiedade associada; e uma comportamental que evidencia as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal. Segundo este autor (citado por Damasceno *et al.*, 2006), a utilização do termo imagem corporal seria uma forma de padronizar as diferentes componentes que integram a imagem do corpo; destas componentes refere a satisfação com o peso, a exactidão da percepção do tamanho, a satisfação e estima corporal, a orientação da aparência, o corpo ideal, o padrão de corpo, o esquema corporal, a percepção corporal, e as partes de avaliação da aparência e eventuais distorções e perturbações da imagem do corpo. Embora as pessoas não possuam uma imagem do seu corpo apurada, é evidente que têm uma imagem e utilizam-na como guia nos seus comportamentos.

Segundo Slade (citado por Saur, 2007), o conceito de imagem corporal é definido como a representação mental da forma e do tamanho do corpo, sendo influenciado por factores históricos, culturais, sociais, individuais e biológicos. Este autor defende que existem outros factores que influenciam também a manifestação da imagem corporal, nomeadamente;

- Histórias dos estímulos sensoriais que são recebidas na formação da representação mental do corpo;
- História da mudança corporal;
- Normas culturais e sociais;
- Atitudes individuais em relação ao peso e à forma corporal;
- Possíveis psicopatologias adquiridas.

Também Rudd e Lennon (citado por Gleeson & Frith, 2006) colocam a tónica na dimensão representativa e perceptiva da imagem do corpo, definindo imagem do corpo como uma imagem mental que o indivíduo realiza do seu corpo. O componente perceptivo refere-se a como o indivíduo vê o seu tamanho, forma, peso, características, movimentos e desempenho; enquanto a componente atitudinal se refere a como o indivíduo se sente acerca destes atributos e como os seus sentimentos direccionam os seus comportamentos.

Segundo Raich (citado por Casimiro, 2007), a imagem corporal é um construto complexo que inclui a percepção que o indivíduo tem de todo o corpo e de cada uma das suas partes, do movimento e os seus limites, da experiência subjectiva de atitudes, pensamentos, comportamentos e valores que o indivíduo faz e sente, provenientes das cognições e sentimentos que experimenta.

Para Horowitz (citado por Gomes, 2002), a imagem corporal opera como um dado interno, especializado na informação sobre o corpo e sobre o ambiente circundante. A imagem do corpo faz parte de uma função do *Eu*, que considera por auto-representação, é integrada por uma hierarquia de sistemas, em camadas articuladas com o espaço próximo que designa por constelação de imagem corporal. A imagem corporal está em constante relação transaccional com percepções externas e internas, memórias, afectos, processos cognitivos e acções. A imagem corporal surge como resultante dos resíduos de sensações anteriores. Assim, a natureza imediata e momentânea da imagem corporal afecta as interpretações dos dados recebidos através dos órgãos dos sentidos e pode ainda proporcionar a existência de distorções não perceptivas das informações recebidas.

No entender de Gardner (citado por Kakeshita, 2004, p. 6), o conceito de imagem do corpo diz respeito à “*imagem mental que temos da medida, dos contornos e forma do nosso corpo; e os sentimentos concernentes a estas características e às partes do nosso corpo*”. A imagem individual da aparência física tem duas componentes principais: uma perceptiva (figura mental) e outra que está relacionada com atitudes pessoais (sentimentos).

O modelo de esquema baseado na imagem do corpo na psicologia da saúde conceptualiza a imagem do corpo como um produto da percepção, construído através de um processo em que o indivíduo percepção o seu corpo e os corpos das outras pessoas, realizando comparações e internalizando estas comparações, alterando a sua imagem corporal (Gleeson & Frith, 2006).

A imagem corporal diz respeito a uma percepção que é formada a partir de experiências que o indivíduo tem com os pais, pessoas modelo, e os pares que lhes fornecem uma ideia de como é amar e o valor de um corpo. A imagem é formada por *feedback* positivo ou negativo, dado por pessoas cujas opiniões são importantes para o indivíduo. Deste modo, e segundo defende Strickland (2004), a imagem corporal pode afectar a forma como um indivíduo percebe o seu corpo, as atitudes e sentimentos para com seu corpo, e os comportamentos que afectam o seu corpo.

Por outro lado, para Castilho (2001), a imagem corporal desempenha um papel mediador em diversas situações, desde a escolha de vestuário, passando por preferências estéticas, até à capacidade de criar empatia com as emoções dos outros.

A grande preocupação com a imagem do corpo em mulheres e adolescentes tem a ver com factores biológicos, psicológicos, e factores de risco socioculturais que contribuem para uma imagem do corpo negativa (Hargreaves & Tiggemann, 2006).

1.1. Construção da imagem do corpo

A construção da imagem corporal em cada indivíduo é um processo fusional de várias partes das imagens dos outros indivíduos que lhes despertam atenção, e da projecção das suas imagens neles próprios. O factor emocional é importante neste processo, pois, quando o indivíduo interage com indivíduos de quem gosta, as experiências vivenciadas são mais intensas, adquirindo um significado emocional (Barros, Bankoff & Schmidt, 2005).

Para Gomes (2002, p. 89), *“a imagem do corpo estrutura-se na mente do indivíduo, no contacto consigo mesmo e com o mundo que o rodeia, sob o primado do inconsciente. Entram na sua formação contributos anatómicos, fisiológicos, neurológicos, sociológicos e afectivos. A imagem do corpo não é só uma sensação ou imaginação, é a figura do nosso corpo na mente”*. Nesta linha de pensamento, Mello Filho (1992) defende que a imagem corporal é um factor importante na formação da identidade da pessoa, pois a imagem que uma pessoa possui de si mesma é formada pela relação entre três informações: a imagem idealizada, a imagem representada pela impressão de terceiros, e a imagem objectiva.

Segundo Williams e Bendelow (citado por Cunha, 2004, p. 104), o mais importante no conceito de imagem corporal é a sua organização: *“representa a impossibilidade de tratar mente e corpo como entidades separadas e a necessidade de trabalhar no cruzamento dos factores fisiológicos, psicológicos e sociológicos da vivência corporal”*.

Para Schilder (citado por Barros, Bankoff & Schmidt, 2005, p.1), os sentidos tornam-se fundamentais na interacção entre corpos. *“Primeiro, temos a impressão sensorial do corpo do outro”*, depois, esta sensação é incorporada no nosso corpo e construímos a imagem corporal daquele momento. O mesmo autor afirma que, no processo de construção e desenvolvimento da imagem corporal, a libido narcisista entra em contacto com as diferentes partes do corpo, sendo que nos vários estágios o modelo postural sofrerá mudanças contínuas. Estas mudanças contínuas são influenciadas pelos factores sociais, libidinais e fisiológicos. Deste modo, uma experiência do indivíduo provoca repentinamente uma mudança na sua imagem corporal.

Schilder (citado por Saur, 2007) propõe três níveis integrados na aquisição e construção da imagem corporal:

- Nível fisiológico – onde a experiência do corpo do indivíduo seria baseada em impressões visuais e tácteis;
- Nível psicanalítico – estrutura libidinal da imagem corporal, isto é, desejos e impulsos instintivos e emocionais;
- Nível relacionado à sociologia da imagem corporal – a imagem corporal é sempre, de alguma forma, a soma das imagens corporais da sociedade, ou seja, a nossa própria imagem corporal não é possível sem as imagens corporais dos outros.

Outro factor importante para a aquisição da imagem corporal é, segundo Saur (2007), o interesse dos outros pelo corpo do indivíduo e as suas acções relativas a este. Assim, o modelo postural do corpo está interligado com o modelo postural do corpo dos outros. Vivenciam-se as imagens corporais dos outros, ou seja, a imagem corporal é elaborada a partir das experiências que se obtêm por meio das acções e atitudes dos outros.

Slade (citado por Saur, 2007) propõe duas componentes principais como partes de aquisição da imagem corporal:

- Componente perceptiva – relacionada com a precisão da percepção da aparência física, a estimativa do tamanho corporal e o peso;
- Componente atitudinal ou comportamental – concepções do corpo e às situações evitadas pelo indivíduo que experienciou desconforto associado à aparência corporal.

Saikali *et al.* (2004) introduziu uma terceira componente de ordem subjectiva, que envolve aspectos de satisfação com a aparência, nível de preocupação e ansiedade a ela associados.

Para Capisano (1992), do ponto de vista psicanalítico, a imagem do corpo é construída através da interacção entre o *ego* e o *id*, num jogo contínuo das tendências egóicas com as tendências libidinais.

O processo de formação da imagem corporal pode ser influenciado por diversos factores tais como o género, a idade, os meios de comunicação, e pela relação do corpo com os processos cognitivos como crenças, valores e atitudes inseridos numa cultura (Damasceno *et. al*, 2006). Assim, a imagem corporal adquire-se, elabora-se e estrutura-se num contacto permanente com o exterior (Garcia, 1996).

Segundo Castilho (2001) a maioria das crianças, aos dois anos, possui auto-percepção, podendo reconhecer a imagem do seu corpo reflectida num espelho.

Gradualmente, o corpo vai representando a sua identidade e começam a pensar sobre como os outros vêem a sua aparência. As crianças formam imagens do que não é atraente, e julgam de que forma a sua própria aparência corporal se adequa ao modelo que lhes é transmitido, o que traz consequências na sua auto-estima.

Os adolescentes encontram-se num estágio do ciclo de vida caracterizado por mudanças psicológicas, emocionais, somáticas e cognitivas e pelo aumento da preocupação com a aparência física. Durante a adolescência, o risco de insatisfação corporal é maior, perturbando a auto-imagem e a auto-estima, podendo dar origem a transtornos psicológicos (Fernandes, 2007).

A construção da imagem corporal ocorre pelo contacto com o mundo externo. Além do interesse pelo próprio corpo, tem-se interesse pelo corpo do outro. O interesse pelo próprio corpo é importante, demonstrado mediante acções, palavras ou atitudes, mas também o que os indivíduos que nos rodeiam fazem com seus próprios corpos. As imagens corporais são dinâmicas e mutáveis em virtude de o corpo representar um objecto em constante modificação. Se as pessoas se desconectam de sensações provenientes do próprio corpo, param de reflectir o fluxo de energia interna, tendem a se afastar do corpo real e, reflectindo predominantemente um ideal de cultura, apresentando de forma estagnada (Fernandes, 2007).

Em suma, a imagem corporal que um indivíduo possui está em constante renovação a cada percepção diferente que tem de si mesmo e dos outros que o rodeiam. O nosso corpo modifica-se e outras sensações convergem numa reorganização corporal capaz de gerar uma nova imagem corporal, dependendo dos estímulos que o mundo oferece (Barros, Bankoff & Schmidt, 2005).

1.2. Abordagem psicodinâmica

Para a psicanálise, desde Freud, o *Eu* é uma extensão da superfície corporal e a sua constituição está directamente ligada à corporalidade. Os processos fisiológicos e os processos psíquicos são interdependentes, fazendo com que o biológico e o simbólico dialoguem desde o início da construção da subjectividade (Barros, Bankoff & Schmidt, 2005).

Freud (citado por Garcia, 1996, p. 81) considerou a representação do corpo como um elemento fundamental na criação do *Eu* e na sua diferenciação do *Id*, pois o *“Eu é, em última análise, derivado de sensações corporais, principalmente das que*

nascem à superfície do corpo, paralelamente ao facto de que ele representa a superfície do aparelho mental".

Segundo Schilder (citado por Silva, Júnior & Miller, 2004), as primeiras experiências infantis são importantes para a ligação do indivíduo com o mundo e consigo mesmo durante toda a vida. Na primeira infância, estão salientadas as experiências de sensações e exploração do próprio corpo. O desenvolvimento da sexualidade genital passa a ser necessário para uma avaliação total das outras pessoas e das suas integridades somáticas, em que só se experimenta o corpo como unidade e como um todo quando o nível genital é harmoniosamente alcançado. A imagem corporal liga-se às relações intra e interpessoais, às emoções e sentimentos do indivíduo, com os outros e com o seu ambiente, com o uso de vestuário e acessórios, além das relações com o próprio corpo na parte externa e interna do mesmo.

Para o mesmo autor (citado por Silva, Júnior & Miller, 2004, p.1), a *"configuração emocional determina a distância entre os objectos e o corpo"*. Isto acontece porque a pessoa não só se vê a si mesma, mas verá o seu corpo tanto quanto o corpo do outro. Portanto, é possível inferir que a libido da imagem corporal da pessoa que experimenta um desejo se dirige sempre para a imagem corporal do outro, *"mesmo na fase narcisista há uma direcção para algo presente que está vivendo e se encontra no mundo externo"*. Porém, embora exista uma ligação entre os corpos, descobrindo-se um com o auxílio do outro, *"a imagem corporal não é um produto da apropriação dos corpos alheios, apesar de podermos incorporar partes de imagens corporais de outras pessoas no nosso modelo postural"*.

A imagem do corpo remete para o conceito de 'moi-peau' desenvolvido por Anzieu (citado por Garcia, 1996, p. 82) defendendo que *"o Eu adquire o sentimento da sua continuidade temporal quando o Eu-pele se constitui como um invólucro suficientemente flexível nas suas interacções com o meio e suficientemente abrangente para conter os conteúdos psíquicos"*.

Dolto (citado por Ferreira, 2008, p. 478) designa a imagem do corpo como a *"encarnação simbólica do inconsciente do sujeito desejante"*, isto é, uma representação inconsciente do corpo, distinta do esquema corporal, que seria a sua representação consciente ou pré-consciente. Assim, o esquema corporal faz parte de uma forma de percepção neurobiológica que é a mesma para todos. Já a imagem do corpo é específica para cada indivíduo, pois está ligada ao sujeito, à sua história e à sua relação com o mundo. Esta imagem corporal é altamente inconsciente, pois, para

Ferreira (2008), onde existe um suporte do narcisismo e encarnação simbólica do sujeito desejante. Para este autor, as imagens que a pessoa realiza do próprio corpo são a síntese das suas experiências emocionais vividas através das sensações, sendo também memórias inconscientes de todas as vivências relacionais.

Sanglade (citado por Gomes, 2002) propõe três interpretações para o termo imagem corporal, que são estritamente dependentes:

- Esquema Corporal – considera o substrato neurológico da imagem do corpo;
- Representação de si – considera o corpo que nos é dado a ver;
- Imagem do corpo – representação mental inconsciente do *Eu*.

Dolto (citado por Ferreira, 2008) distingue esquema corporal de imagem corporal; o primeiro diz respeito à abstracção de uma vivência do corpo nas três dimensões da realidade, estruturando-se pela aprendizagem e pela experiência, enquanto a imagem do corpo se estrutura pela comunicação entre indivíduos no dia-a-dia. Segundo este autor (citado por Pirath, 2007), a imagem do corpo estrutura-se também na história do sujeito sob três aspectos dinâmicos de uma mesma imagem do corpo: a imagem de base, a imagem funcional e a imagem erógena. Essas três imagens do corpo constituem a imagem do corpo e o narcisismo do sujeito a cada estágio da sua evolução.

As imagens corporais são associadas entre si, mantendo-se coesas através da dinâmica (pulsões de vida), que são sustentadas pelos desejos do sujeito em se comunicar com outro sujeito, por meio de um objecto significativo; a imagem funcional visa à realização do desejo, é uma imagem do corpo em movimento e está ligada às pulsões de vida do sujeito; a imagem erógena é o lugar onde ocorre uma relação de prazer e desprazer com o outro, imagem associada à imagem funcional do corpo que reúne a imagem de base e a imagem funcional (Pirath, 2007).

Nos trabalhos de Freud estão presentes os pressupostos de que o corpo é a fonte básica de toda a experiência mental, neles defendendo que não existe descontinuidade na vida mental. Nada acontece por acaso, existindo sempre uma causa para cada pensamento, sentimento ou acção, ficando nos desejos e no corpo sinais dessa “memória”. Esses sinais fixam-se com o tempo e não obedecem à racionalidade. Existem conexões entre todos os eventos mentais, assim, todos os eventos possuem um lugar no inconsciente e podem ser acedidos a qualquer momento. Nele se localizam elementos que nunca foram conscientes e que não são

acessíveis à consciência, são materiais que foram eliminados da consciência, censurados e reprimidos, não sendo esquecidos ou perdidos, apenas não é permitido que sejam recordados. Quando o inconsciente liberta memórias para o consciente, essas não perdem força emocional, pois os processos mentais inconscientes são atemporais e a sua estruturação não é racional. A energia pulsional necessária para administrar as tensões internas obedece às suas próprias leis, então, na relação com o corpo e a sua imagem concretizam-se desejos e processos mentais que obedecem à sua lógica interna. Esta energia pulsional manifesta-se por meio de processos nos quais a energia libidinal disponível na *psique* é vinculada ou investida na representação mental de uma pessoa, ideia ou objecto (Ferreira, 2008).

Para Tavares (2003), a formação da imagem corporal da criança está na relação com a mãe, o corpo constrói-se baseando-se nas primeiras relações objectais que seria mãe-bebê. Para que o corpo se apresente com uma imagem na nossa mente, é preciso que ele exista para nós mesmos como um objecto consistente, significativo, que nos cause impacto e se distinga entre tantos outros objectos que se apresentam ao indivíduo produzindo imagens.

A qualidade da imagem corporal de um indivíduo encontra-se associada à consistência do seu sistema de identidade, sendo este sistema influenciado pelas representações das primeiras relações de objecto realizadas durante a infância (Peres & Santos, 2006).

1.3. Abordagem cognitivo-comportamental

O corpo é experienciado através de constructos cognitivos multidimensionais. Estas imagens mentais não são estáticas, desenvolvendo-se como uma parte do processo dinâmico em que, constantemente, o indivíduo tenta organizar e compreender as suas experiências. De certa forma estável, a imagem do corpo depende de factores contextuais internos ou externos. São, também, filtrados, através da realidade social, de interpretações e julgamentos que o indivíduo pensa que os outros formam deles (Freedman, 1990).

Um modelo cognitivo-comportamental para a compreensão da imagem do corpo inclui componentes afectivos, perceptivos e atitudinais: a percepção da imagem do corpo refere-se a uma interpretação cognitiva das sensações externas e das sensações internas; os componentes afectivos da imagem corporal incluem as

respostas emocionais criadas pelos pensamentos conscientes acerca do corpo; e, as componentes atitudinais referem-se às ideias e regras que organizam o ponto de vista do indivíduo acerca do *self* físico. Estas crenças solidificam-se ao longo do tempo, formando uma parte permanente da personalidade, que é resistente à mudança (Freedman, 1990).

O comportamento reflecte e afecta a imagem do corpo pela influência das cognições sendo as crenças desenvolvidas e consolidadas de forma a serem resistentes à mudança. Uma interacção circular através dos comportamentos, cognições e emoções é explicado pelo modelo emocional de Albert Ellis, em que, primeiramente, A (um evento activo) leva a B (um pensamento e a uma auto-afirmação), levando a C, em que o comportamento gera novas cognições (Freedman, 1990). Também Cash & Brown (citado por Freedman, 1990) sugerem que a imagem corporal é uma idealização multidimensional definida pelas percepções e atitudes (afectivas, cognitivas e comportamentais) que um indivíduo possui em relação ao seu corpo.

1.4. Abordagem Social / Contextual

O indivíduo, ao construir-se, constrói também os que o rodeiam, pois *"as experiências visuais que levam à construção da imagem corporal pessoal levam, ao mesmo tempo, à construção da imagem corporal dos outros"* (Schilder, 1994, citado por Silva, Júnior & Miller, 2004, p.1). A imagem corporal não está presa aos limites do próprio corpo, mas vai além dele, é um fenómeno social *"pois justifica-se na existência deste ser no mundo, sendo que o espaço interno e externo do modelo postural não é o mesmo da física"*.

Segundo Silva, Júnior e Miller (2004), na relação do sujeito com a sociedade, existem interesses e necessidades (conscientes e inconscientes) tanto do sujeito, como dos interesses e estratégias sociais. Os códigos de comportamento, os proibidos e os padrões de comportamento aceites e valorizados socialmente, influenciam o comportamento dos sujeitos com relação aos seus corpos em que simultaneamente um influencia o outro.

Para Boltanski (citado por Ferreira, 2008), o uso social do corpo é determinado pelos comportamentos físicos dos indivíduos sociais, regulados por uma cultura somática que traduz as condições objectivas de ordem cultural, utilizando

indicadores como os hábitos alimentares, a relação com a dor, os sentidos corporais e os critérios de beleza, e delimita os usos sociais do corpo nas diferentes classes sociais.

Para Ferreira (2008), o espaço em que o indivíduo se relaciona, que pode ser o próprio corpo ou o mundo de relações em que vive, é rodeado pela imagem corporal, espaço este onde existe uma interacção constante com os outros indivíduos. As imagens corporais ligam-se por meio de uma proximidade espacial que favorece o contacto entre corpos e suas experiências.

Um bom relacionamento social pode gerar uma formação da imagem corporal de modo a que o indivíduo se sinta satisfeito. Muitas vezes, o indivíduo quer passar uma imagem daquilo que realmente é, trazendo a conotação de que deseja mostrar ao outro o que existe de melhor nele; a este facto Freud chamou de exibicionismo, que diz respeito à tendência em mostrar o corpo. Assim, surge uma relação de olhar e ser olhado, agradar e ser agradado. Consciente ou inconscientemente, a imagem que se possui de si mesmo altera-se, estando dependente da aceitação e julgamento que os outros fazem da imagem do indivíduo (Ferreira, 2008).

A teoria sociocultural afirma que a insatisfação da mulher com a sua aparência física é ocasionada a partir dos conceitos sociais: o ideal de um corpo magro valorizado nas sociedades ocidentais; a tendência da mulher em eleger o corpo como objecto e não como um instrumento produtor; e o conceito de que a pessoa que é magra é boa, que pessoas fisicamente atraentes, magras, recebem mais compensações e estão associados custos a não se ser atraente e a ser-se gordo (Fernandes, 2007).

Para os homens, Morrison, Kalin e Morrison (citado por Fernandes, 2007) sugeriram que os *media* publicitam um corpo masculino musculoso como ideal, e a divulgação desse ideal também incentiva os homens a elegerem o corpo mais como objecto do que como instrumento produtor, e os homens que se desviam deste ideal por serem muito magros ou muito gordos experimentam uma avaliação da imagem corporal negativa e/ou investem de forma agressiva na auto-imagem.

Independentemente da presença ou não de distúrbios, devidamente caracterizados, como representação psicológica, a imagem corporal integra os níveis físico, emocional e mental em cada ser humano, com respeito à percepção da sua corporalidade. A pessoa experiencia a realidade do mundo somente por meio do seu corpo, e o termo saúde mental refere-se à condição em que imagem e realidade coincidem. Posto isso, a percepção da própria dimensão corporal, adicionada à

experiência de si mesmo e do corpo como unidade, são determinantes do comportamento, na medida em que regem as atitudes e as estratégias que serão adoptadas na procura do equilíbrio entre a mente e o corpo e da condição de saúde (Kakeshita, 2004).

Num estudo realizado por Coelho e Fagundes (2007) pretendeu-se comparar a imagem corporal actual com a imagem corporal ideal e com o grau de satisfação com a imagem corporal entre mulheres de diferentes classes económicas praticantes de caminhada. Tomou-se como pressuposto que quanto maior o rendimento familiar maior o acesso das pessoas à informação e aos *media* e de que há um padrão de beleza imposto na sociedade, admitindo-se que as variáveis estudadas em relação à imagem corporal deveriam variar entre mulheres de classe económica diferentes. Quanto ao índice de satisfação, percebe-se que 86% das mulheres deste estudo estão insatisfeitas com seu corpo. Este estudo sugere que o padrão de beleza imposto pela sociedade afecta as mulheres, independentemente da classe económica, sendo que as de maior poder aquisitivo vêm-se a si mesmas relativamente magras e desejam emagrecer um pouco mais, enquanto as de menor rendimento familiar se percebem relativamente obesas, portanto mais distantes do modelo actual de corpo.

Um estudo realizado por Barros, Bankoff e Schmidt (2005) teve como objectivo desvendar as proposições da imagem corporal, analisando como a beleza e as relações sociais são essenciais na formação da imagem corporal. De acordo com as entrevistadas, a beleza e a imagem corporal apresentam-se como partes integrantes com as suas peculiaridades.

Num estudo levado a cabo por Graup *et al.* (2008) pretenderam investigar a percepção da imagem corporal e verificar possíveis associações com indicadores antropométricos (Índice de Massa Corporal - IMC, Relação Cintura-Quadril - RCQ, percentual de gordura corporal - %G) em estudantes. A amostra foi constituída de 467 estudantes, de 9 a 16 anos de idade. A Percepção da Imagem Corporal Real em ambos os géneros foi semelhante e aproximou-se da imagem 3 considerando uma escala de nove figuras, em que a figura 1 correspondia a um esboço de um corpo muito magro e a figura 9 a um esboço com um corpo com excesso de peso. As silhuetas 2 e 3 foram as mais apontadas como ideais pelo género feminino e masculino, respectivamente. Aproximadamente 67% dos alunos estavam insatisfeitos com a sua imagem corporal, principalmente em relação ao excesso de gordura corporal. No género masculino, a idade e a percentagem de gordura e, no género feminino, o IMC e a percentagem de gordura foram as variáveis que apresentam

maior relação com a percepção corporal real. Neste contexto, os resultados parecem demonstrar influências socioculturais que afectam de forma diferente crianças e jovens de diferentes géneros.

Damasceno *et al.* (2005) realizaram um estudo em que tiveram como objectivo quantificar o tipo físico ideal e verificar o nível de insatisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. Foi pedido aos participantes que indicassem qual a silhueta que correspondia ao seu corpo actualmente e qual a que gostariam de atingir. Apenas 24% das mulheres estão satisfeitas. A silhueta 3 foi apontada como ideal a ser atingido por 55% das mulheres (silhueta 2 = 18%; e 4 = 21%). Quanto aos homens, apenas 18% estão satisfeitos. A silhueta 4 foi apontada como ideal por 47% dos homens (silhueta 3 = 23%; e 5 = 19%). Existe um tipo físico ideal para ambos os géneros. Não houve diferença entre o grau de insatisfação com a imagem corporal entre os géneros.

No estudo levado a cabo por McCabe e Ricciardelli, os autores investigaram as estratégias adoptadas por adolescentes para emagrecer e aumentar a massa muscular. Os autores chegaram à conclusão que as mulheres estão menos satisfeitas com seus corpos e adoptam estratégias para perder peso, enquanto os homens escolhem estratégias para aumentar a massa muscular e o peso corporal. O índice de massa corporal apresentou correlação positiva com a insatisfação corporal e com as estratégias para perder peso, isto é, os indivíduos que apresentam maior IMC são mais insatisfeitos com seu corpo e escolhem mais estratégias para perder peso. Em relação aos adultos, concluíram que as pressões culturais e os valores idealizados são os mesmos, pois os homens procuram o seu corpo ideal aumentando de peso, desenvolvendo o tronco e evitando tornarem-se gordos ou sem forma. Para as mulheres, os estudos apontam para o oposto, com o estereótipo do magro e alto (Damasceno *et al.*, 2006).

Jacobi e Cash investigaram a auto-percepção e os atributos físicos idealizados, com média de idade para ambos os géneros de 21 anos. Os atributos físicos analisados foram o tamanho corporal, o peso, a estatura, a musculosidade, a cor de cabelo e dos olhos. Os resultados indicam que os homens querem ter um corpo maior, ser mais pesados e ter mais músculos. Em relação às mulheres, elas desejam ter um corpo menor, com menos peso, ser mais musculadas e mais altas (Damasceno *et al.*, 2006).

Capítulo 2 – IMAGEM DO CORPO E PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

2.1. Perturbações Alimentares

O conceito de perturbações alimentares geralmente remete para perturbações envolvendo anormalidades na alimentação. No entanto, a perturbação na imagem corporal é um dos aspectos relevantes e que as distingue de outras condições psicológicas que ocasionalmente envolvem anormalidades na alimentação e perda de peso (Rosen, 1990).

O comportamento alimentar envolve o acto de ingestão e os aspectos qualitativos relacionados com a selecção e decisão de quais os alimentos a consumir, enquanto o padrão de ingestão respeita aos aspectos quantitativos implícitos na ingestão (Rebelo & Leal, 2007).

Nos últimos anos, o aumento da prevalência das perturbações do comportamento alimentar tem vindo a suscitar o interesse da comunidade científica para o estudo deste conjunto de perturbações, principalmente pelo carácter de gravidade clínica que, geralmente, apresentam. As perturbações do comportamento alimentar incluem a anorexia nervosa (com dois subtipos: tipo restritivo e tipo ingestão compulsiva/purgativo), a bulimia nervosa (também com dois subtipos: tipo purgativo e tipo não purgativo) e as perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação (APA, 2002).

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa são consideradas, actualmente, doenças das sociedades desenvolvidas que afectam sobretudo mulheres jovens, sendo pouco frequentes no sexo masculino. Estas ocorrem, sobretudo, nos países industrializados, sendo raras nos países pouco desenvolvidos, e apresentam uma baixa incidência em minorias étnicas. O diagnóstico de uma perturbação alimentar depende, segundo Fairburn e Harrison (citado por Neves, 2008), da existência de uma perturbação clara nos hábitos alimentares ou nos comportamentos para controlar o peso, o que se reflecte em dificuldades de funcionamento clinicamente significativas, com impacto ao nível psicológico e da saúde física, e não sendo esta perturbação comportamental secundária a outra condição médica geral ou psiquiátrica. As auto-avaliações das pacientes com estas perturbações caracterizam-se por serem quase exclusivamente centradas no seu peso, na forma corporal e na capacidade de controlo da alimentação, e os seus sintomas comuns traduzem uma insatisfação com a

imagem corporal, uma distorção dessa imagem e um medo intenso em ganhar peso (Garfinkel, citado por Dias, 2007).

Alguns estudos referem a insatisfação corporal como um factor de risco para transtornos alimentares (Keski-Rahkonen, 2004). As perturbações do comportamento alimentar têm aparecido com frequência nos contextos clínicos, sendo consideradas como as perturbações psicopatológicas mais habituais em adolescentes do género feminino (Whitaker, citado por Torres & Guerra, 2003). Por seu lado, as perturbações alimentares nos homens têm suscitado um interesse de estudo crescente, principalmente devido à grande diferença na prevalência de anorexia nervosa e bulimia nervosa entre os dois géneros (Woodside, 2004).

A anorexia e bulimia nervosas caracterizam-se por uma preocupação mórbida com o peso e com a imagem corporal, como principal recurso de auto-estima e que leva a um comportamento alimentar progressivamente ritualizado que provoca perturbações somáticas que comprometem a saúde e põem em risco a própria vida do indivíduo (Bouça & Sampaio, 2002; Harari *et al.*, 2001).

Não existe uma definição de uma etiologia multifactorial única, como defendem Bouça e Sampaio (2002). Estes autores defendem que a doença deve ser abordada de um ponto de vista biopsicossocial, em que modelos biológicos, psicológicos e familiares são teorias que estão longe de fornecerem a totalidade e aplicabilidade das respostas, pelo que a abordagem clínica de cada caso deve ser feita sem ideias pré-concebidas sobre as causas subjacentes.

A incidência da anorexia nervosa, segundo Gelder (citado por Pascoal, 2003) varia entre 0,37 e 4,06 por cada 100 000 indivíduos nos Estados Unidos e no Reino Unido, embora defenda que estes dados subestimam a incidência real da doença.

Segundo a APA (2002), a prevalência da anorexia nervosa ao longo da vida, nas mulheres, é de aproximadamente 0,5%, enquanto os indivíduos com anorexia sub-clínica (por exemplo, Perturbação alimentar sem outra especificação) são mais comuns. A prevalência da anorexia nervosa nos homens é aproximadamente igual a um décimo da prevalência nas mulheres. A anorexia e a bulimia nervosas são doenças complexas e multi-determinadas, de etiologia desconhecida, e que ocorrem principalmente em jovens mulheres, sendo a característica essencial destas duas patologias o facto de serem um distúrbio na percepção da imagem corporal.

A fase da vida em que a maior parte dos casos se inicia diz respeito ao meio da adolescência, existindo dois picos de início de anorexia nervosa (aos 14 e aos 18 anos) que podem ser explicados pelos acontecimentos da vida do indivíduo, ou seja,

na puberdade e na entrada na universidade, como factores desencadeantes da perturbação (Pascoal, 2003).

2.1.1 Anorexia Nervosa

O termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite), acrescido do prefixo *an* (ausência, privação). A perda de apetite de origem nervosa não é o termo mais adequado, pelo que se considera que, muitas vezes nas perturbações alimentares, há uma negação da fome propriamente dita (facto que pode não se verificar no início dessas perturbações (Galindo, 2005).

A Associação Americana de Anorexia Nervosa define anorexia nervosa como uma doença em que o indivíduo passa fome, deliberadamente, possuindo profundas componentes psiquiátricas e físicas (Tait, 1993). No estudo de Sigall e Pabst (2005) apontaram para o facto dos picos de surgimento de perturbações alimentares surgirem aos 13-14 anos e aos 18-20 anos, correspondentes à adolescência e à entrada na idade adulta.

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar desencadeado e conservado por factores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Apesar de não ter uma prevalência elevada, tem crescido e tornou-se num problema importante de saúde pública nos últimos anos. A anorexia nervosa não se verifica somente em adolescentes e jovens mulheres, mas também em homens e crianças de ambos os géneros (Peres & Santos, 2006).

Para Silva (2007), a anorexia nervosa é caracterizada por uma perturbação da imagem corporal, juntamente com uma implacável perseguição da magreza, muitas vezes a ponto do indivíduo causar a sua própria morte ao recusar alimentar-se, enquanto a bulimia nervosa se refere a episódios recorrentes de ingerir grandes quantidades de comida acompanhados por uma sensação de estar fora de controlo e, em seguida, purgar, com a finalidade de recuperar o controlo.

Segundo a American Psychiatric Association (2002), os critérios para o diagnóstico da anorexia nervosa constantes no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders são:

A. Recusar-se a manter o peso corporal num nível mínimo considerado normal em relação à idade e altura (ex: perda de peso indicando 15% abaixo do

normal, perda na expectativa de peso da ordem de 15% durante o período de crescimento);

B. Medo intenso de ganhar peso ou de ficar gordo ainda que a pessoa esteja abaixo do peso;

C. Distúrbios da maneira pela qual o paciente percebe o seu peso e as suas formas corporais independente da realidade corporal do mesmo;

D. Nas mulheres depois da menarca, amenorreia – ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (É considerado que uma mulher apresenta amenorreia se o seu período menstrual acontecer somente com a administração de hormonas – estrogénio).

Tipos Específicos

- Tipos restritivos: durante o episódio de anorexia nervosa, a pessoa não apresenta comportamentos habituais de voracidade alimentar (p.e. o vômito auto-induzido, o uso de laxantes ou diuréticos);

- Tipo bulímico: durante o episódio de anorexia nervosa, a pessoa apresenta comportamentos regulares de voracidade alimentar compulsiva ou purgativos (p.e. o vômito auto-induzido, o uso de laxantes ou diuréticos).

Desta forma, a anorexia nervosa caracteriza-se por um medo muito intenso em ganhar peso. O início da perturbação geralmente dá-se por restrição alimentar gradual, principalmente com a eliminação de alimentos que engordam (por exemplo, doces e massas) devido à preocupação em ganhar peso. Sentem-se gordos apesar de muitas vezes estarem exageradamente magros. Os indivíduos anorécticos sentem fome e exercem um controlo rígido sobre a ingestão alimentar, colocando a sua própria vida em perigo. A manutenção da magreza e de um corpo esbelto é a única preocupação do anoréctico e para satisfazer esse objectivo utiliza diversas estratégias, tais como dietas (extremamente restritivas), o abuso de inibidores de apetite, da cafeína e dos laxantes e diuréticos, bem como a prática de exercícios físicos exagerados (Galindo, 2005).

O mesmo autor refere que a anorexia pode esconder-se durante muito tempo atrás de comportamentos que são aceites e até estimulados pelos ideais da nossa época. Assemelha-se à concretização do ideal de saúde e de beleza a que o nosso mundo tanto apela. Na sua fase inicial, o comportamento dos anorécticos não se

distingue dos comportamentos das pessoas que fazem dietas para emagrecer e se manter saudáveis.

As razões que levam um anoréctico a querer emagrecer em nada se distinguem das de qualquer outra pessoa, ou seja, este quer ter melhor aspecto e criar auto-confiança, ou, então, quer emagrecer porque os amigos e conhecidos também pretendem fazê-lo. Os métodos escolhidos nada têm de particular; por um lado, algumas pessoas reduzem a quantidade de alimentos ingeridos, por outro, algumas apenas evitam certos componentes alimentares. Muitas pessoas acompanham uma alimentação de baixo teor calórico com exercícios físicos com o objectivo de perder calorias. Entretanto, começa a haver diferenças quando se continua a passar fome mesmo quando a pessoa já atingiu o peso que tinha objectivado, definindo aí um novo peso ideal, tentando atingi-lo e voltando a reduzi-lo, até que a sua única preocupação seja perder peso. Os métodos tornam-se cada vez mais rígidos e os alimentos dividem-se em permitidos e proibidos. Em muitos casos, nunca chega o momento de parar com a dieta e comer o que apetece, mas, para cerca de 60% dos anorécticos, há um momento em que perdem o controlo e quebram o seu regime, ingerindo muito mais do que aquilo que se permitiam, podendo ser o princípio de uma série de crises de fome incontrolável, em que a anorexia se transforma em bulimia (Gerlinghoff & Backmund, 1997).

Segundo os autores anteriores, a bulimia pode desenvolver-se em sequência da anorexia, ou pode surgir como doença independente. Muitos indivíduos com anorexia nervosa estão preocupados com pensamentos sobre a comida, alguns fazem colecção de receitas e acumulam comida às escondidas.

Outras características associadas a pessoas com anorexia nervosa dizem respeito a preocupações com o comer em público, sentimentos de incapacidade, forte necessidade em controlar o que rodeia a pessoa, pensamento inflexível, espontaneidade social diminuída, perfeccionismo e uma enorme restrição da iniciativa e da expressão emocional.

2.1.2. Bulimia Nervosa

Russel (citado por Pascoal, 2003), sugere como critérios para a bulimia nervosa:

A. Preocupação com a comida, *craving* irresistível pela comida, com episódios recorrentes de empanturramento.

B. Desenvolvimento de mecanismos para anular os efeitos da comida, por exemplo, indução de vômito e abuso de laxantes.

C. Psicopatologia semelhante à Anorexia Nervosa, ou seja, medo mórbido de ficar gorda.

D. Um episódio prévio de Anorexia Nervosa.

A doença aparece pela primeira vez definida como categoria diagnóstica no DSM-III sob a designação de "bulimia".

Os critérios para o diagnóstico da bulimia nervosa no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders são (APA, 2002):

A. Episódios recorrentes de ataques ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos dois critérios seguintes:

1) Comer, num período curto de tempo (por exemplo num período até duas horas), uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias.

2) Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio (sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos).

B. Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como o vomitar auto-induzido, usar de laxantes ou diuréticos, os medicamentos, o jejum e os exercícios físico em excesso.

C. A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos, duas vezes por semana durante três meses consecutivos.

D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal.

E. Esta perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Tipos específicos:

▪ Tipo purgativo: durante o episódio bulímico, a pessoa induz regularmente o vômito, ou abusa de laxantes, diuréticos ou enemas.

- Tipo não-purgativo: durante o episódio actual de bulimia nervosa a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejuns ou exercício físico excessivos, mas não induz o vômito nem abusa de laxantes, diuréticos ou enemas.

A forma clínica mais frequente na bulimia nervosa é a do tipo purgativo (Corcos citado por Pascoal, 2003). Manter o peso baixo implica que o indivíduo faça algumas restrições, ou seja, esforços conscientes para ignorar as pistas internas de fome. Paradoxalmente estas restrições aumentam a probabilidade de haver episódios de ingestão compulsiva e, posteriormente, sentimentos de desânimo e depressão devido às falhas no cumprimento das dietas (Craighead & Kirkley, citados por Pascoal, 2003).

A bulimia nervosa é uma doença que consiste na compulsão periódica de alimentos, seguida da utilização de estratégias para eliminar as calorias ingeridas, podendo ocorrer por métodos purgativos de auto-indução de vômitos, uso de laxantes ou diuréticos; ou não purgativos, tais como jejuns e exercícios físicos excessivos. O indivíduo que desenvolve o quadro de bulimia nervosa, em geral, valoriza muito a forma do corpo e o peso, tendo uma percepção física distorcida e dificuldade em identificar as emoções. Elege padrões de beleza muito altos, difíceis de alcançar e esforça-se por corresponder à tendência da sociedade em nomear a magreza como símbolo de sucesso e beleza. Desta forma, o indivíduo, ao interiorizar que não atingiu as suas metas, sente que falhou e retorna à compulsão. Normalmente, sente-se envergonhado da sua perturbação e tenta, primeiramente, negar, depois, tenta ocultar, dissimulando os sintomas, apresentando dificuldades marcadas no âmbito dos relacionamentos interpessoais. Pode, também, apresentar tendências perfeccionistas, dificuldade em assumir compromissos e responsabilidades e uma organização sexual, em geral, conturbada e confusa (Romaro & Itokazu, 2002).

Segundo os autores anteriores, as pessoas com bulimia nervosa sentem-se envergonhadas pelos seus problemas alimentares e tentam ocultar os seus sintomas, ocorrendo a ingestão compulsiva, habitualmente, em segredo ou sem dar nas vistas. Um episódio pode ou não ser planeado antecipadamente, mas é frequentemente caracterizado por consumo rápido. A ingestão compulsiva continua até à pessoa sentir desconforto ou até mesmo sentir-se dolorosamente cheia. O episódio é, tipicamente, precipitado por estados de humor disfórico, acontecimentos interpessoais stressantes, fome intensa após restrição alimentar ou sentimentos associados ao peso corporal,

forma do corpo e comida. Um episódio de ingestão compulsiva é também acompanhado por auto-crítica depreciativa, humor depressivo e sentimentos de perda de controlo.

Os indivíduos com bulimia nervosa recorrem a comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o ganho de peso, a mais comum (80%-90% dos casos) trata-se da indução do vômito após um episódio de ingestão compulsiva, em que os efeitos imediatos do vômito incluem alívio do desconforto físico e diminuição do medo de engordar. Um terço das pessoas utiliza os laxantes após a ingestão compulsiva. As pessoas com bulimia nervosa podem jejuar por um dia ou mais, ou, então, fazer exercício físico excessivo para tentarem compensar as ingestões compulsivas (APA, 2002).

A prevalência da bulimia nervosa entre adolescentes e mulheres jovens é de aproximadamente 1%-3%, sendo a taxa de ocorrência em homens de um décimo da das mulheres. A bulimia começa, normalmente, no fim da adolescência ou início da idade adulta. Os episódios de ingestão compulsiva começam, frequentemente, durante ou após uma dieta (APA, 2002).

Nas últimas décadas, as mulheres, principalmente, têm sido vítimas de padrões corporais absolutamente irreais, verificando-se que o peso real da maioria das mulheres está acima do ideal actual de beleza feminina. A bulimia e o vômito tornam-se um ciclo vicioso, uma vez que o vômito leva o indivíduo a comer sem o medo de consequências calóricas (Gardner, citado por Faria & Shinohara, 1998).

2.1.3. Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação

Uma nova entidade nosológica é tida em consideração, a síndrome parcial, situação sub-clínica ou ainda Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação (PCA-SOE), incluindo as perturbações do comportamento alimentar que não preenchem os critérios de diagnóstico de anorexia e bulimia nervosas (Pascoal, 2003):

- O indivíduo preenche todos os critérios para anorexia nervosa, excepto a amenorreia;
- Todos os critérios de anorexia nervosa estão presentes apesar de uma perda de peso significativa, encontrando-se dentro dos valores normais;

▪ Todos os critérios de bulimia nervosa estão presentes excepto que os episódios de ingestão compulsiva e os mecanismos compensatórios inapropriados ocorrem numa frequência inferior a duas vezes por semana, ou têm uma duração inferior a três meses;

▪ Uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados por uma pessoa de peso normal após ingestão de pequenas quantidades de alimentos;

▪ Mastigar e cuspir repetidamente, mas não engolir, grandes quantidades de alimentos;

▪ Perturbação de ingestão maciça, episódios recorrentes de ingestão alimentar maciça na ausência de comportamentos compensatórios inapropriados característicos de bulimia nervosa.

Na tabela 1 apresentamos um quadro resumo da anorexia nervosa de tipo restritivo e purgativo e da bulimia nervosa de tipo restritivo e purgativo em diferentes áreas que são consideradas problemáticas pelos indivíduos que apresentam estas perturbações, permitindo-nos deste modo visualizar, resumidamente, as diferenças entre estas perturbações.

Tabela 1. Resumo das diferentes perturbações alimentares (APA, 2002)

Área Problema	Anorexia nervosa restritiva	Anorexia nervosa bulímica	Bulimia tipo purgativo	Bulimia tipo não purgativo
Peso corporal	15% ou mais abaixo do peso normal	15% ou mais abaixo do peso normal	10% acima ou abaixo do peso normal	10% acima ou abaixo do peso normal
Episódios de ingestão excessiva	Não	Sim	Sim	Sim
Método de controlo de peso preferido	Dieta severa e jejum	Dieta severa	Vómitos alternados com dietas restritivas	Dietas restritivas

Distorção da imagem corporal	Sim	Sim	Sim	Sim
Insatisfação com a imagem corporal	Sim	Sim	Sim	Sim
Evitamento de situações devido à sua imagem corporal	Sim	Sim	Sim	Sim
Alimentos proibidos	Sim	Sim, com episódios de sobre ingestão subsequentes	Sim, com episódios de sobre ingestão subsequentes	Sim, com episódios de sobre ingestão subsequentes
Ansiedade após a ingestão de alimentos	Sim	Sim	Sim	Sim

Segundo Polivy e Herman (citado por Pascoal, 2003) uma das questões mais frequentes na discussão acerca da diferenciação entre anorexia nervosa e bulimia nervosa respeita às semelhanças apresentadas pelos quadros de anorexia nervosa do tipo purgativo e dos quadros de bulimia nervosa. Em termos operacionais, as doentes distinguem-se pelo facto de no caso da anorexia nervosa do tipo purgativo o peso estar abaixo dos 85% previstos e na bulimia nervosa não estar previsto este critério de diagnóstico. Uma vez que as oscilações de peso são constantes nos indivíduos com perturbações alimentares, um mesmo indivíduo pode oscilar entre os dois diagnósticos com a mesma frequência que oscila de peso. Uma característica que parece distinguir a bulimia nervosa da anorexia nervosa diz respeito à impulsividade, que caracteriza mais frequentemente os indivíduos com bulimia nervosa. A bulimia e a anorexia nervosa do tipo purgativo seriam uma variação da anorexia nervosa em que os sujeitos teriam dificuldade em tolerar a privação provocada pela restrição alimentar, rendendo-se à tentação de comer. Seguidamente, os indivíduos culpabilizam-se e

tentam reparar o seu comportamento inadequado através de métodos compensatórios.

2.2. Imagem corporal e Perturbações Alimentares

A percepção da imagem corporal e perturbações alimentares estão fortemente relacionadas. É provável que a anorexia e a bulimia existam desde sempre, mas só no século XIX é que foram descritas.

As perturbações alimentares são psicopatologias caracterizadas por uma relação desajustada com a comida conjugadas com pensamentos distorcidos em relação ao peso, à imagem corporal e à aceitação social (Peres & Santos, 2006).

Estamos a viver num meio de uma revolução do corpo. A imagem corporal pode ser vista como a relação entre o corpo de uma pessoa e os processos cognitivos como as crenças, os valores e as atitudes (Volkmein & McContha, citado por Galindo, 2005). Para Galindo (2005) as pessoas aprendem a avaliar os seus corpos através da sua interacção com o ambiente. Assim a sua auto-imagem é desenvolvida e reavaliada continuamente durante a vida inteira.

A grande ênfase cultural dada ao peso e à forma corporal tem colocado uma enorme pressão sobre os adolescentes e jovens adultos, em particular sobre as raparigas, levando frequentemente à realização de dietas extremas como meio de atingir um corpo ideal estereotipado (Silva, 2001).

Em vez de termos as perturbações alimentares como uma categoria discreta, a anorexia nervosa e a bulimia podem ser o extremo do *continuum* da relação da pessoa com o seu corpo. Num extremo deste *continuum*, os indivíduos expressam satisfação corporal e um desejo em manter hábitos alimentares saudáveis; o outro extremo é marcado pela perda excessiva de peso e/ou ciclos de comer excessivamente e, posteriormente, expulsarem o que comeram, induzindo o vómito, abusando dos laxantes, pílulas de emagrecimento e exercício físico (Hesse-Biber, Marino & Watts-Roy, 1999).

Segundo Peres e Santos (2006), a imagem corporal refere-se à representação mental que cada indivíduo tem acerca do seu próprio corpo. Adaptada pela relação que o indivíduo tem consigo e com o ambiente que o rodeia, sendo esta representação construída e reconstruída ao longo de toda a vida. Num indivíduo, as experiências afectivas desempenham um papel mais determinante para a construção

da sua imagem corporal do que as percepções objectivas referentes à sua forma física. A imagem corporal não está ligada ao corpo real, mas sim ao corpo simbólico, consequência das experiências de trocas afectivas vivenciadas nos diferentes estádios da vida.

Embora exista um lato consenso quanto à premissa de que as perturbações alimentares envolvem um distúrbio da imagem corporal, existe uma grande variação no distúrbio específico esperado como sendo o mais característico destas perturbações. Nas definições de distúrbios de imagem corporal nas perturbações alimentares, Rosen (1990) defende que existem fenómenos multidimensionais que envolvem recursos perceptivos, atitudinais e comportamentais.

Para o autor anterior, os indivíduos com perturbações alimentares tendem a perceber-se como irrealmente grandes ou gordos, e como sendo altamente fora de proporção em certas áreas do corpo, como por exemplo tendo uma barriga muito grande. A distorção de tamanho normal é evidente pelos padrões irrealistas que o indivíduo tenta alcançar. As perturbações alimentares exibem uma desconfiança e descrenças em normas convencionais para compararem o seu peso a um normal, tais como tabelas de normas de peso.

A imagem corporal que cada pessoa tem de si mesma está relacionada com a sua história de vida, o seu corpo físico, a sua vivência interna e subjectiva. Muitos problemas derivam da falta de conhecimento da natureza e potencialidade que o corpo deveria proporcionar na sua totalidade. Dependendo do conhecimento e da imagem do seu corpo, a pessoa pode reprimir ou abrir o desenvolvimento da sua interioridade, ou, ainda, como defendeu Tommaso (citado por Sobreira, 2008), a inadequação da imagem corporal pode originar na vida da pessoa insatisfação com o próprio corpo, o que pode levar a um distúrbio da auto-imagem, com o aparecimento de perturbações alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa), em que a pessoa não percebe adequadamente o tamanho, a proporção do seu corpo ou de partes, vistas como maiores, mais volumosas ou desproporcionais do que realmente são.

Segundo Rosen (1990) os indivíduos com perturbações alimentares são imprecisos ou incapazes de identificar uma variedade de sensações internas tais como emoções, fome e saciedade.

Para o mesmo autor, a insatisfação com o corpo pode ser direccionada para algumas partes do corpo, sendo esta insatisfação expressa em termos de não gostar da parte do corpo. Normalmente, as pessoas com distúrbios alimentares sentem que as outras pessoas as avaliam principalmente pela sua aparência, não dando

importância aos outros atributos. Ser magro é o único aspecto importante da sua auto-imagem, e, se não são excessivamente magros, prova-lhes que são fracos, preguiçosos e incompetentes. Uma imagem corporal negativa pode ser acompanhada por um estilo de vida que está em torno da auto-consciência do indivíduo. Pode incluir tendências para evitar situações que provocam preocupações acerca da aparência física, tais como evitar o contexto social onde a pessoa pensa que vai ser examinada. Outros hábitos como pesar-se ou auto-inspeccionarem-se é algo comum (Rosen, 1990).

Stunkard e Wadden (citado por Saur, 2007) definiram os transtornos da imagem corporal como sendo a crença de que nosso corpo é grotesco e repugnante, que os outros quando nos olham nos vêem com hostilidade e com sentimentos de desaprovação. Estes transtornos podem tomar medidas tão exageradas que características pessoais positivas, tais como talento, boa saúde em geral e inteligência não fazem a menor diferença, o peso da pessoa passa a ser sua única preocupação.

Para Saikali *et al.*, (2004), a anorexia e a bulimia nervosas são perturbações alimentares caracterizadas por um padrão de comportamento alimentar gravemente perturbado, um controlo patológico do peso corporal e distúrbios na percepção do formato corporal. Na anorexia está presente um grande medo em ganhar peso, mesmo estando abaixo do peso considerado normal; normalmente, existe uma supervalorização da forma corporal como um todo, ou de suas partes. Russel, em 2002, (citado por Saikali *et al.*, 2004), descreveu a bulimia nervosa como sendo uma necessidade irresistível em comer excessivamente com comportamentos compensatórios consequentes, tais como o vômito, uso de laxantes e diuréticos, acompanhados de exercício físico excessivo e um medo exagerado em ganhar peso.

Assim, padrões de perturbações alimentares e regimes de exercício físico podem originar comportamentos prejudiciais, tais como os caracterizados na anorexia nervosa e bulimia nervosa (Peden *et al.*, 2008).

Segundo Tavares (2003), a imagem do corpo não resulta somente de impressões ou sensações tácteis, mas relaciona-se com figurações e representações sobre o corpo. À figuração do corpo estão ligadas imagens que se sustentam sempre numa relação com algo. Através da imagem o sujeito armazena uma relação, uma situação, ou seja, a imagem do objecto relaciona-se à forma como este foi percebido. Na anorexia nervosa, a representação mental que o sujeito opera sobre o seu corpo é incoerente com a realidade visualizada no seu corpo, a anoréctica representa o seu corpo sempre gordo. Essa auto-imagem deslocada da realidade da carne, em excesso

e extravagância, é impulsora dessa patologia, insatisfação que irá apagar, através da abstinência sem fim, os limites plásticos do seu corpo. Nessa clivagem, entre aparência e realidade, entre o distanciamento da imagem real do corpo e a auto-imagem percebida, crescem a insatisfação e a tentação de prosseguir. Assim, a imagem corporal não se baseia apenas em associações, memórias e experiências, mas também em intenções, aspirações e tendências.

Bruch (citado por Gleeson & Frith, 2006) sugeriu que as mulheres anorécticas apresentavam uma distorção na percepção do tamanho do seu corpo, percepcionavam-se mais gordas mesmo quando se encontravam perigosamente abaixo do peso. Por seu lado, Peres e Santos (2006) analisaram a relação entre imagem corporal e a anorexia nervosa e concluíram que as experiências afectivas de um indivíduo desempenham um papel mais determinante para a constituição da sua imagem corporal do que as percepções objectivas referentes à sua forma física. É possível imaginar que a imagem corporal não está vinculada ao corpo real, mas sim ao corpo simbólico, produto das experiências de trocas afectivas vivenciadas nos diferentes estágios da vida. Desta forma, os autores sugerem que a imagem corporal destaca-se como uma importante faceta da personalidade, sendo considerada como uma dimensão constitutiva da identidade humana, dando hipótese ao sujeito situar-se frente a si mesmo e ao mundo.

Connor-Greene (citado por Lietchy, 2004) concluiu que quase um terço das mulheres relata a auto-indução do vômito ou uso de laxantes como uma estratégia de perda de peso. O grau de perturbação alimentar foi altamente correlacionado com uma *"imagem corporal negativa, em que se verifica uma maior tendência para possuir crenças socioculturais em relação ao peso e à aparência, e interferência de preocupações com o peso e aparência noutros domínios da vida"* (Mintz & Betz, citado por Lietchy, 2004, p.17).

Um estudo realizado por Stice (citado por Saur, 2007), concluiu que existem evidências que suportam que os *media* promovem transtornos de imagem corporal e alimentares. Pesquisas mostram que modelos, actrizes e outras pessoas do mundo do entretenimento se vêm tornando mais magras com o passar das décadas. A pressão social para ser-se magro promove não só a internalização de um ideal de magreza, como também a insatisfação corporal, originando que os indivíduos façam uma avaliação exagerada da importância da aparência física. Este autor defendeu, ainda, que a sociedade pode ser um factor de divulgação de preocupações exageradas com as medidas corporais, do uso excessivo e descontrolado de dietas, de

comportamentos não saudáveis de controlo do peso, podendo originar o desenvolvimento de algum tipo de perturbação alimentar.

Shankar, Dilworth e Cone (2004) defendem que embora o aumento do peso não desejado ocorra em todas as idades, a transição do ensino secundário para a universidade é uma época em que os indivíduos ganham algum peso. Os estudantes universitários estão a viver um processo de transição e aprendizagem para uma vida independente e sem a supervisão dos pais. Esta independência, combinada com recursos financeiros limitados, fácil acessibilidade a comida menos dispendiosa e altamente calórica, falta de capacidades de culinária, e as preocupações acerca do peso, coloca os estudantes universitários num grande risco de desenvolverem malnutrição e perturbações alimentares. As dietas dos estudantes são atribuídas a vários factores, que incluem alimentação restritiva, técnicas de perda de peso não saudáveis, ingestão de calorias excessivas e de gordura, abuso de álcool, falha de refeições e o evitar comida nutritiva.

Segundo Cheng (2006), os indivíduos com bons laços parentais têm uma maior tendência a desenvolver uma auto-estima mais positiva e conforto emocional, enquanto os indivíduos com vínculo parental pobre têm mais probabilidade em desenvolver uma imagem negativa do *self*, o que pode levar ao desenvolvimento de preocupações com peso e forma, bem como para a emergência da insatisfação da imagem corporal e perturbações alimentares.

No estudo de Silva (2001), descobriram que algumas características psicológicas têm sido associadas ao desenvolvimento de perturbações alimentares, como por exemplo, o perfeccionismo, traços de personalidade obsessiva e expectativas elevadas de realização. Para a constituição da imagem corporal existem factores intimamente relacionados, tais como o mundo (ambiente social e cultural), o corpo e a personalidade (Bucaretychi, 2003).

A Teoria do Descontentamento Normativo sustenta a ideia de que ser atraente é ser magro, tornando-se um imperativo cultural, conforme defendido por Saur (2007). Os *media* têm sido uma importante fonte de normas sociais de magreza, especialmente entre as mulheres, no sentido que eles difundem o estereótipo da associação entre magreza e atitudes positivas, tais como, sucesso e atractividade. Além disso, também são responsáveis pela associação entre gordura e atributos negativos, como lentidão, características de auto-depreciação e insatisfação corporal (Saur, 2007).

O pensamento constante do medo de engordar não é aliviado pelo emagrecimento, mas, pelo contrário, enquanto o sujeito diminui o seu peso, aumenta o seu medo de engordar. Esses indivíduos apresentam uma distorção da sua imagem corporal de tal forma que, mesmo quando estão extremamente magros, podem avaliar-se como estando “gordos”, ou, ainda, sentirem-se magros, mas permanecendo preocupados com partes “gordas” no seu corpo. O peso corporal é altamente valorizado, sendo a perda de peso apreciada e julgada como uma extraordinária conquista e uma formidável demonstração de auto-controlo (Giordani, 2006).

Cheng (2006), nas suas investigações, descobriu que os estudantes universitários passam por um processo que implica o desenvolvimento de um ajustamento ao facto de estarem afastados da família, criando um novo sistema de apoio. As percepções de ser apoiado e apreciado num ambiente social podem promover uma imagem corporal positiva, enquanto a falta de apoio social pode levar os indivíduos a se tornarem sensíveis à imagem corporal e à propensão para desenvolver distúrbios alimentares. A vida universitária pode implicar uma vida académica e social intensa, *stress*, bem como aparência interpessoal por comparação (Cheng 2006).

A insatisfação com a imagem corporal, o excesso de peso, as preocupações e os padrões de transtornos alimentares foram considerados como estando implicados nos factores de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares (Cheng, 2006; Hansen, 2008).

O estudo de Penz, Bosco e Vieira (2008) teve como objectivo avaliar a presença de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de nutrição. Nele, estes autores concluem que existe uma tendência actual de aumento na prevalência de transtornos alimentares.

O objectivo do estudo de Stipp e Oliveira (2002) consistia em comparar a incidência de distúrbios do comportamento alimentar e da imagem corporal entre estudantes de graduação em nutrição e em psicologia. Na comparação dos resultados adquiridos, verificou-se uma maior tendência para a ocorrência dos distúrbios no curso de nutrição. Concluiu-se que mais pesquisas devem ser realizadas, de modo a esclarecer uma provável maior prevalência dos distúrbios do comportamento alimentar e da imagem corporal entre os estudantes de nutrição.

Saur e Pasian (2008) investigaram os aspectos subjectivos relativos ao nível de satisfação com a imagem corporal em indivíduos adultos de diferentes pesos corporais, assim como verificaram uma possível associação das variáveis género e

idade neste processo de auto-avaliação. As evidências encontradas puderam ser esclarecedoras da forte associação entre auto-relato de satisfação com o próprio corpo e IMC em valores considerados adequados e normais para a estrutura do indivíduo, alterando-se a imagem corporal quando associada ao aumento ou à diminuição do peso corporal.

Souza-Kaneshima *et al.* (2006) investigaram a ocorrência da anorexia nervosa e os distúrbios da imagem corporal. O Índice de Massa Corporal (IMC) e a classificação do estado nutricional foram utilizados para a avaliação antropométrica. A análise das respostas ao questionário Body Shape Questionnaire (BSQ) demonstrou que 66,1% das estudantes do género feminino apresenta distúrbios de imagem corporal e somente 18,6% dos estudantes do género masculino apresenta tal distúrbio. Em relação às respostas ao questionário Teste de Atitudes Alimentares (EAT), verificou-se que 10% do género masculino e 32% do género feminino apresenta sintomatologia anoréxica. Os resultados sugerem uma elevada incidência da anorexia nervosa na população estudada, bem como uma presença significativa de distorção da imagem corporal. Estas informações são relevantes para estudos clínicos voltados para orientação nutricional dos adolescentes visando à reeducação alimentar.

Num estudo de Oliveira *et al.* (2003) investigou-se a presença de comportamentos sugestivos de transtornos do comportamento alimentar, de alterações na imagem corporal e de disfunções menstruais em atletas. A avaliação de atitudes e comportamentos relacionados com a alimentação e o controlo de peso foi realizada pelo *Eating Attitudes Test* (EAT- 26), a existência de comportamentos sugestivos de bulimia nervosa pelo *Bulimic Investigatory Test Edimburgh* (BITE) e o grau de insatisfação com a imagem corporal pelo *Body Shape Questionnaire* (BSQ). Apesar de, no momento, não sinalizarem para a presença de anorexia ou bulimia nervosa entre as atletas estudadas, os resultados apresentaram evidências da presença da preocupação com o peso corporal associada à leve distorção da imagem corporal e à prática de dietas restritivas. Essas práticas são denominadas síndromes parciais do TCA (Transtorno do Comportamento Alimentar) e, quando associadas a exercícios físicos sistemáticos e extenuantes, são factores de risco, cuja detecção precoce pode impedir a instalação futura dos quadros graves de TCA.

Bosi *et al.* (2008) caracterizaram práticas alimentares e possíveis factores de risco associados a perturbações do comportamento alimentar entre estudantes de Educação Física. Detectaram-se resultados positivos em 6,9% no EAT-26. No BITE,

para sintomas elevados e gravidade intensa, foram encontradas prevalências de 5% e 2,5%, respectivamente. Constatou-se que 26,29% das estudantes apresentava comportamento alimentar anormal. Concluiu-se que os resultados deste estudo indicam que se deve estar atento a possíveis comportamentos alimentares de risco nesse grupo, justificando-se um olhar diferenciado em relação a esses futuros educadores.

Num estudo sobre os efeitos que o acto de pesar tem no humor, na auto-estima e na imagem corporal, de Ogden e Evans (citado por Saur, 2007), estudaram 74 pessoas de peso normal, que se submeteram a uma série de avaliações psicológicas antes e depois de se pesarem, sendo posteriormente colocadas em grupos “abaixo do peso” e “acima do peso”, de acordo com uma fictícia planilha sobre a relação peso-altura. Os resultados apontaram que os sujeitos que pertenciam ao grupo acima do peso mostraram aumento de sintomas depressivos e diminuição da auto-estima, em oposição ao grupo dos considerados abaixo do peso, que reportaram melhorias significativas no humor e diminuição de sintomas depressivos. Com isso, fortalecem-se as normas actuais de atractividade, em que estar abaixo do peso parece desejável para as pessoas em geral, além de contribuir para um aumento na insatisfação com a imagem corporal de muitos indivíduos.

Existe uma forte associação entre uma imagem corporal negativa e uma série de problemas psicológicos nos indivíduos. Uma imagem corporal menos positiva encontra-se entre os principais riscos de se desenvolver uma patologia alimentar (Cooley & Toray, citado por Casimiro, 2007).

Capítulo 3 – IMAGEM DO CORPO E TRAÇOS DE PERSONALIDADE

3.1. Personalidade

O estudo da personalidade emergiu na década de 30 do século XX. O pioneiro no estudo da personalidade foi Allport, que assumiu que existiam estruturas neurofísicas denominadas por traços que constituíam blocos da personalidade.

Segundo Allport (1974, p. 50), *“a personalidade é a organização dinâmica, no indivíduo, dos sistemas psicofísicos que determinam seu comportamento e seu pensamento característicos”*. A personalidade é uma unidade existente na pessoa e tem uma estrutura interna própria. Allport defende que *“todos os sistemas incluídos na personalidade devem ser vistos como tendências determinantes. Em que exercem uma influência directiva em todos os actos expressivos e de ajustamento, através dos quais a personalidade se torna conhecida”* (Nunes, 2005, p. 44).

Allport (citado por Dias, 2007) dá importância ao papel fundamental da personalidade para a adaptação dos indivíduos ao meio. A personalidade é central neste processo de ajustamento, pois modula as formas de reacções comportamentais, emocionais e cognitivas das pessoas. Contudo, a sua concepção de personalidade não representa uma posição passiva diante do ambiente, na medida em que as pessoas não apenas se ajustam a este, mas reflectem a seu respeito.

As definições de personalidade são numerosas e diversificadas assistindo-se desde esta definição de Allport a uma heterogeneidade de constructos. Também as teorias da personalidade são várias, podendo-se classificá-las em cinco grupos: teorias de tipo, teorias de traço, teorias psicanalíticas, teorias fenomenológicas e teorias de aprendizagem social (Aiken, 1997). A personalidade é considerada uma estrutura estável do indivíduo que influencia a forma de reagir perante acontecimentos da vida e que tende a ser mais ou menos estável ao longo do tempo. Estudar a personalidade implica estudar o sujeito como um todo, assim como aquilo que o torna único e o distingue do outro (Patrão & Leal, 2004).

Segundo Palanzuela e Barros (citado por Rebelo, 2006), a psicologia da personalidade tem tido como preocupações a dificuldade em definir os elementos ou unidade de análise da personalidade; o desenvolvimento da pessoa como um todo; e, a aceitação de uma posição interaccionista no estudo da personalidade. Assim, pouca atenção tem sido dedicada à definição de personalidade.

Cattell (1965, citado por Nunes, 2005, p. 61) definiu personalidade como sendo o que *“diz o que um homem irá fazer quando colocado numa dada situação”*, assim, a personalidade não está somente relacionada com os comportamentos manifestos, mas também com os que estão encobertos.

Para Ribeiro (citado por Rebelo, 2006), ao nível da avaliação tradicional da personalidade pode-se falar em duas extensões: as que propõem avaliar a totalidade da personalidade (como os traços e dimensões) e as que avaliam aspectos específicos.

Segundo Pierón (citado por Rebelo, 2006), a personalidade representa a noção de unidade integrativa da pessoa com características diferenciais permanentes e modalidades únicas de comportamento, definindo-a como a organização dinâmica dos aspectos cognitivos, afectivos, fisiológicos e morfológicos do sujeito.

Para McAdams (citado por Rebelo, 2006), uma descrição da personalidade deve contemplar três níveis de análise: os traços disposicionais (dimensões genéricas da personalidade que demonstram a sua natureza disposicional); as preocupações pessoais; e, as histórias de vida.

Para McCrae, John e Costa (citado por Rebelo, 2006), a personalidade apresenta-se como um sistema definido por traços e processos dinâmicos através dos quais o funcionamento psicológico do sujeito é influenciado. Assim, estes autores defendem que a personalidade é como uma estrutura estável do sujeito que influencia a forma como o indivíduo reage perante acontecimentos de vida, tendendo a ser razoavelmente constante ao longo do tempo.

Apesar das inúmeras definições sobre a personalidade, do seu encadeamento umas com as outras, da sua complementaridade ou de oposição entre algumas, todas as teorias partilham algo em comum. E, embora existam inúmeras definições sobre a personalidade, todas apresentam em comum três aspectos: a unicidade do indivíduo, ou seja, o que o distingue de todos os outros; um grupo de características estáveis e duradouras, no tempo e nas situações; e, o estilo característico de ligação/interacção entre o sujeito e o ambiente físico e social (Kimmel, citado por Carmo, 2006).

Para Schaie e Willis (citado por Simões, 1999) o problema central do desenvolvimento da personalidade do adulto é o da sua estabilidade/modificabilidade. Tendemos a considerar a personalidade como sendo estável e permanente, mas por outro lado, agrada-nos pensar que ela encerra um potencial de desenvolvimento e aperfeiçoamento.

Segundo Ozer e Reise (citado por Rebelo, 2006) a avaliação da personalidade tem como objectivo determinar características que constituem diferenças individuais, desenvolver medidas precisas e, explorar o significado das consequências da identificação e medição destas características.

Os traços podiam ser vistos pelas similaridades no comportamento em situações diferentes (Marsella *et al.*, 2000). Lima (citado por Carmo, 2006) defende que os hábitos de saúde representam uma área onde as variáveis da personalidade podem ter utilidade, dado que a utilização dos traços para prever comportamentos relacionados com a saúde.

3.2. Traços de Personalidade

A personalidade de uma pessoa é observada pelo comportamento, existindo uma parte variável e uma parte constante; à parte constante denomina-se traço. Os traços não são fixos, são tendências amplas em mudança contínua. Todavia, apesar da mudança, pode-se reconhecer uma tendência, uma considerável persistência no modo de comportamento de uma pessoa, afirmando-se a presença de traços ou tendências da personalidade (Pacheco & Sisto, 2003).

Os traços de personalidade são padrões estáveis de compreensão, relação e pensamento acerca do meio envolvente e de si próprio, que se exprimem em vários contextos de natureza social e pessoal (APA, 2002).

Segundo Cervone (2000), as teorias de traço conceptualizam a personalidade em termos de constructos individuais e de diferença para explicar a tendência normal das pessoas exibirem um ou outro tipo de comportamento. Teorias cognitivas e sociais explicam a personalidade como funcionando por referência a mecanismos de conhecimento que desenvolvem e funcionam em interacção recíproca com o meio ambiente. Por sua vez, as teorias cognitivas e sociais da personalidade analisam a personalidade em termos de processos cognitivos e afectivos.

Segundo Lima (1997), os traços podem ser caracterizados como sendo:

- Tendências – os traços são tendências, uma vez que não são determinantes absolutos do comportamento do indivíduo, mas apenas disposições que, com adição de outros factores, influenciam a reacção das pessoas a uma determinada situação;

- Dimensões – os indivíduos podem ser ordenados, segundo o grau em que apresentam os traços (dimensões das diferenças individuais). Uma grande parte dos traços é passível de ser representado numa escala, num ponto da qual podemos situar uma pessoa;

- Gerais – os traços são disposições gerais, e assim encontram expressão numa variedade de comportamentos específicos, diferenciando-se de comportamentos aprendidos, tais como os hábitos;

- Padrões consistentes – os traços podem ser observados ao longo do tempo e através das situações. Investigações longitudinais indicam que os traços apresentam consistência e estabilidade ao longo do tempo, e têm mostrado uma boa predictibilidade do comportamento a longo prazo;

- Inferidos – Os traços são inferidos, dado que o comportamento é observado enquanto os traços são identificados a partir de referências comportamentais;

- Estilos emocionais, interpessoais, experienciais, atitudinais e motivacionais;

- Hierarquizados – para muitos teóricos, os traços são hierarquizados, o que possibilita que o comportamento dos indivíduos seja descrito a níveis diferentes de abstracção;

- Disposições cognitivo-dinâmicas – os traços, enquanto unidades funcionais da personalidade, conduzem o comportamento de diversas formas. Informam sobre situações consideradas atraentes e determinam em quais nos envolvemos voluntariamente; sobre o estilo de comportamento mais provável que o sujeito exibirá numa dada situação; determinam o que será compreendido como reforçador numa situação particular (os traços funcionam como mecanismos auto-reguladores que se auto-sustêm, revelando-se preditores dos comportamentos mesmo sob pressão situacional).

McAdams (citado por Rebelo, 2006) refere que o conceito traço é considerado um modelo válido da personalidade porque:

- As atribuições que decorrem dos traços reflectem diferenças reais no comportamento e na personalidade dos sujeitos avaliados;

- A maioria dos traços apresenta uma consistência longitudinal;

- Os traços são bons preditores do comportamento do sujeito;

- O efeito das situações não apresenta maior preponderância que os efeitos dos traços;

Allport (1961, Nunes, 2007) definiu traço como sendo uma estrutura neuropsíquica que está relacionada com a capacidade dos sujeitos interpretarem diversos estímulos funcionalmente equivalentes e, assim, iniciarem e guiarem formas equivalentes de comportamentos adaptativos e expressivos. Diferentemente de características físicas, os traços de personalidade são abstrações que não podem ser medidas directamente.

Os traços produzem equivalências funcionais e de significados em várias percepções, sentimentos e acções que não são necessariamente análogas no mundo real, ou na mente de qualquer outra pessoa. As disposições são consistências concretas e facilmente identificáveis nos comportamentos dos indivíduos, bem como nas suas cognições e emoções. Segundo Allport, os traços são essencialmente únicos a cada indivíduo, argumentando que é por este motivo que o método ideográfico é mais adequado para uma profunda avaliação da personalidade humana. Contudo, este autor também reconhece que, dentro de uma cultura particular, existem traços comuns, alguns traços que são parte dessa cultura, que todos nesta cultura reconhecem e nomeiam (aspectos da personalidade dos quais a maioria das pessoas de uma dada cultura podem ser produtivamente comparadas) (Dias, 2007).

Cattell (1950, citado por Dias, 2007) definiu traço de personalidade como sendo uma estrutura mental que pode ser inferida a partir do comportamento observado para explicar a regularidade ou a consistência neste comportamento. E como sendo *“uma tendência de reacção relativamente permanente e ampla”*, identificando três modalidades de traços: traços de capacidade, traços de temperamento e traços dinâmicos. Um traço de capacidade é observado na forma como um indivíduo responde à complexidade de uma situação quando sabe quais os objectivos a alcançar na situação e relaciona-se com a efectividade com a qual o indivíduo atinge esses objectivos. Um traço de temperamento é usualmente estilístico, no sentido que modula o ritmo, a forma e a persistência das respostas das pessoas. Os traços dinâmicos relacionam-se com as motivações e interesses dos indivíduos, fazendo com que os mesmos actuem activamente para alcançar algum objectivo.

Eysenck (1953, citado por Nunes, 2005, p.94), apresentou uma definição de traços de personalidade, em que afirmava que *“um traço pode ser definido como um conjunto covariante de comportamentos; aparece assim como um princípio*

organizador o qual é deduzido da generalidade do comportamento humano". A noção de traço está intimamente ligada com o conceito de correlação. "*Estabilidade, consistência, ocorrência repetida de acções*", referem-se à covariação de um número de comportamentos, em que um traço pode ser definido como um conjunto covariante de comportamentos; aparece assim como um princípio organizador o qual é deduzido da generalidade do comportamento humano.

O conceito de traço é definido como uma dimensão das diferenças individuais, com tendência a mostrar padrões consistentes de pensamento, sentimentos e acções (Costa & McCrae, 1992). A teoria dos traços passa então pelo desenvolvimento do Modelo dos Cinco Factores que organiza hierarquicamente os traços de personalidade em cinco dimensões básicas: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A), e Conscienciosidade (C), todos eles avaliados pelo Inventário de Personalidade NEO-PI-R de Costa e McCrae (Patrão & Leal, 2004).

Para Costa e McCrae (citado por Lima, 1997), a Teoria dos Cinco Factores da Personalidade identifica as categorias de variáveis que uma teoria deve conter: tendências básicas, adaptações características, auto-conceito, biografia objectiva e influências externas.

3.3. Modelo dos Cinco Factores

O modelo dos cinco factores é uma organização abrangente da estrutura dos traços da personalidade em termos de cinco dimensões básicas (Lima & Simões, 2000). Na história da Psicologia da Personalidade, o Modelo dos Cinco Factores apresenta-se como uma descrição compreensiva e consensual no domínio dos traços (McAdams, citado por Carmo, 2006).

O modelo dos Cinco Grandes Factores (CGF), conhecido na literatura como "Big Five", ou "Five Factor Model" tem gerado um crescente interesse e um entusiasmo por parte da comunidade científica por representar uma possibilidade de descrição da personalidade de forma simples, elegante e económica, e por evidências da sua universalidade e aplicabilidade em diferentes contextos (Dias, 2007).

O modelo dos Cinco Grandes Factores teve origem num conjunto de pesquisas na área da personalidade, proveniente das teorias factoriais e teorias de traços de personalidade. Essa abordagem teve início com McDougall que apresentou

uma explicação teórica da personalidade em cinco factores. A partir deste trabalho, Thurstone (1934) desenvolveu uma pesquisa para verificar empiricamente a adequação do modelo, constatando a sua viabilidade. No entanto, foram necessários vários anos para que os investigadores da personalidade dessem a devida atenção ao modelo, considerando-o um vantajoso campo de trabalho para as suas pesquisas (Dias, 2007).

McAdams (1992, citado por Dias, 2007) observou que os cinco factores se referem a informações fundamentais que geralmente se quer ter sobre pessoas com quem se interage. Goldberg (citado por Dias, 2007) investigou que os cinco factores sugerem que o desenvolvimento da linguagem em diferentes sociedades expressa uma preocupação em obter cinco conjuntos de informações sobre pessoas. Aparentemente, nas sociedades investigadas, as pessoas parecem querer saber se o estranho, o visitante ou o aprendiz com quem vão interagir é: activo e dominante ou passivo e submisso; socialmente agradável ou desagradável, amigável ou frio e distante; responsável ou negligente; imprevisível ou estável; aberto a novas experiências ou desinteressado por tudo aquilo que não diz respeito à experiência do quotidiano.

Na década de 80, surge o NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1987; McCrae & Costa, 1989), um instrumento que operacionaliza o Modelo dos Cinco Factores. Originalmente, o questionário compreendia 145 itens (NEO-PI) que apenas mensurava as facetas do Neuroticismo, Extroversão e Abertura à Experiência. No entanto, de seguida, os autores criaram um novo questionário, com 240 itens (NEO-PI-R) que retoma os cinco factores: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Esta última e actual versão dispõe-se, então, a avaliar as cinco grandes dimensões da personalidade, bem como alguns dos traços que a compõem (Gonzalez & Ribeiro, 2004; Matthews, Deary & Whiteman, 2003).

3.4 Imagem corporal e Traços de Personalidade

A imagem corporal é uma parte do mundo, estando presente em todas as experiências. É um dos lados da experiência plena, que inclui a personalidade, o corpo e o mundo. A imagem do indivíduo só adquire as suas possibilidades porque o seu corpo não é isolado. Um corpo é, necessariamente, um corpo entre corpos

(Schilder, 1981). A imagem corporal, ao mesmo tempo em que é construída através dessa conexão entre corpos, é destruída também no mesmo instante, ou seja, quando se modifica, pela troca de sensações corporais, a imagem anterior que se tinha de si mesmo é apagada desenvolvendo uma nova a partir da observação do outro. Desta forma, torna-se um processo contínuo, intermitente e indefinido. Não se iria ter uma imagem fixa, pois ela estará em alteração de acordo com as relações que se estabelece na sociedade. A destruição trata-se de um modo de renovação corporal (Schilder, 1981).

Para o mesmo autor (citado por Silva, Júnior & Miller, 2004) defende que a postura corporal, percepção, emoção e personalidade se confundem na experiência psicossomática, existindo sempre uma personalidade que experimenta uma percepção mediada por uma emoção. Somos seres emocionais, personalidades que se revelam na acção, somos narcisistas e amamos o nosso corpo. Um corpo é sempre corpo de uma personalidade, e esta possui emoções, sentimentos, tendências, motivos e pensamentos (Schilder, 1981).

Cash e Pruzinsky (1990), defendem que os constructos da imagem do corpo estão relacionados com os tipos de personalidade e aos estilos cognitivos que lhes estão associados. Por exemplo, um tipo de personalidade depressiva interpreta os acontecimentos em termos de deficiências e fica presa a pensamentos auto-destrutivos. As pessoas deprimidas são menos satisfeitas com os seus corpos e a distorção com a imagem corporal é listada em sintomas cognitivos da depressão. Os tipos de personalidade ansiosa, que normalmente sobrestimam riscos tornam-se hipervigilantes, podem defensivamente evitar espelhos ou eventos sociais, onde existe um grande *feedback* acerca da aparência, e este comportamento de evitamento isolam-nos de experiências que poderiam ajudar a modificar os seus medos.

Schilder (citado por Ferreira, 2008) refere-se à imagem do corpo como uma figuração mental, que insere o modo como o corpo se apresenta para cada um. Inclui a percepção, mas é mais do que isto, ou seja, é um esquema plástico. Por meio de constantes alterações de posição, ocorre a construção do modelo postural, que se modifica constantemente. Ao estudar a imagem corporal, devem-se abordar questões psicológicas centrais que envolvem as impressões dos sentidos, dos movimentos e a motilidade em geral. Quando se constrói a percepção do corpo, não se age meramente como um aparelho perceptivo. O mesmo autor descreve a existência de uma personalidade que experimenta a percepção. Trata-se de um tema relevante para quem se dedica ao estudo da cognição humana. Envolve uma trama conceitual que

integra cérebro, movimento, sensação, percepção e visão, dentre outros órgãos e processos, bem como o seu papel na estruturação tanto da imagem corporal, como da representação do próprio corpo (Freitas, 2008).

O estudo realizado por Bruchon-Schweitzer (1987) tinha como objectivo explorar a estrutura das percepções, sentimentos e atitudes pelo próprio corpo. Também teve como objectivo a validação de um questionário curto que fosse capaz de distinguir possíveis facetas da Imagem Corporal, correlacionando os seus resultados com domínios de personalidade. Concluiu que o domínio extroversão mostrava uma correlação positiva com o factor Insatisfação/Satisfação. O domínio Neuroticismo estava correlacionado com o factor Passividade/Actividade. Defendem que a vantagem para as quatro dimensões se trata da sua ligação a alguns traços de personalidade. O uso de componentes distintas poderia possibilitar a consideração da imagem do corpo como um padrão simples de traços e não como um processo.

3.5 Traços de Personalidade e Perturbações Alimentares

Uma grande parte dos indivíduos com transtornos alimentares apresenta determinados traços de personalidade em comum, tais como baixa auto-estima, sentimentos de desespero e medo de se tornarem gordos. Na anorexia e na bulimia, o comportamento alimentar parece desenvolver-se como uma forma de lidar com o stresse e a ansiedade (Faria & Shinohara, 1998).

Os autores anteriores descobriram que geralmente, as pessoas com anorexia tendem a ser obedientes, introvertidas, perfeccionistas, boas alunas e excelentes atletas, restringindo a sua alimentação para adquirirem uma sensação de controlo em determinadas áreas da sua vida. Controlar o peso para estas pessoas pode ter duas vantagens, nomeadamente, controlar o seu peso e obter a aprovação das outras pessoas. Pessoas com bulimia ingerem grandes quantidades de alimentos para diminuir o *stress* e aliviar a ansiedade. No entanto, este comportamento descontrolado pode gerar culpa e depressão.

O acto de comer, muitas vezes, está associado a uma forma de aliviar sentimentos negativos, tais como raiva e frustração, sendo normal que a pessoa associe o alimento a uma forma de aliviar ou compensar o sofrimento. A função da comida é nutrir o organismo e, quando usada para preencher alguma lacuna

emocional, mostra-se eficaz apenas temporariamente, pois o vazio volta, juntamente com o sentimento de culpa (Barros, citado por Oliveira & Fonseca, 2006).

Strober (citado por Silva, 2007) descreve os anorécticos como sendo excessivamente conformados e com regimes, sobre-controlo, minimização das emoções e ansiedade a nível interpessoal. Outras características da personalidade destes indivíduos dizem respeito à necessitarem da aprovação dos outros, ao facto de serem conformistas, conscientes e com falta de resposta às suas necessidades. Os anorécticos estão constantemente à procura de aprovação, são auto-duvidosos, evitam conflitos, são excessivamente dependentes e ansiosos socialmente (Nye & Johnson, citado por Silva, 2007). As personalidades dos bulímicos variam muito, parecendo ser um grupo mais homogéneo do que os anorécticos.

Enquanto a anorexia nervosa está associada à ansiedade, introversão e sobre-controlo, a bulimia nervosa está conectada com a extroversão, a sensação de procura e o descontrolo (Steiger & Seguin, citado por Silva, 2007).

Pouca investigação tem sido feita na área da personalidade em homens com transtornos alimentares, contudo, Joiner (citado por Woodside *et al.*, 2004) comparou 14 homens e 97 mulheres e concluiu que os homens com bulimia nervosa apresentaram maiores níveis de perfeccionismo e desconfiança interpessoal do que as mulheres em estudo. Este estudo teve como objectivo analisar factores de personalidade numa amostra de homens com perturbações alimentares derivados de estudos de genética das perturbações alimentares, e comparar esses factores com uma amostra de mulheres com perturbações alimentares. O perfil de personalidade dos homens é também marcado por uma menor evasão, dependência e cooperação. Os mesmos estudos concluíram que as diferenças observadas nas variáveis de personalidade podem ajudar a explicar a diferença na incidência e prevalência dos transtornos alimentares em homens e mulheres (Woodside, 2004).

Bruch (citado por Nodin, 1999, p.690), ao descrever as características principais da anorexia nervosa, aponta a presença de um "*sentimento paralisante de ineficácia que invade todo o pensamento e a actividade da anoréctica*", fazendo com que o indivíduo anoréctico sinta que tudo o que faz é resultante da vontade dos outros e não da sua própria vontade. O controlo da alimentação e do peso pode ser considerado como um sintoma que esconde um medo de não ser competente e de não merecer o respeito dos outros. O negativismo encontrado nestes indivíduos seria unicamente uma forma de esconder este tipo de sentimentos. O isolamento é outro aspecto a ter em conta, uma vez que se encontra muitas vezes associado à

depressão. Frequentemente, o início da dieta do anoréctico é impulsionado pelo facto de se sentir gordo e, desta forma, ser menosprezado pelos seus pares. Utiliza a magreza para ser aceite pelos outros, pois o aspecto físico tem vindo a ser cada vez mais valorizado em termos sociais e, nesse contexto, a magreza é admirada e associada à beleza física (Nodin, 1999).

Entretanto, a magreza, uma vez alcançada, não só é sentida como insuficiente, como também não origina um melhoramento nas relações interpessoais, verificando-se uma progressiva redução das relações relacionais, que, muitas vezes, acabam por se restringir ao meio familiar. Desta forma, o isolamento vai-se fundando aos poucos até se tornar uma constante (Nodin, 1999).

Em relação à Bulimia, o mesmo autor defende que é possível verificar o aparecimento de sintomas depressivos, normalmente na sequência dos episódios de avidez alimentar. A previsibilidade da sucessão destes ciclos, assim como o carácter compulsivo da ingestão dos alimentos dos indivíduos, levou a que esta patologia se aproximasse da Psicose Maníaco-Depressiva.

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 4 – IMAGEM DO CORPO, PERTURBAÇÕES ALIMENTARES E TRAÇOS DE PERSONALIDADE

4.1. Objectivos do Estudo

A presente investigação tem como objectivo geral identificar a relação entre imagem do corpo, as perturbações alimentares e os traços de personalidade numa amostra de estudantes universitários da Universidade de Évora.

1. Existirá uma relação entre a imagem do corpo, perturbações alimentares e traços de personalidade?

2. Especificamente existirá uma correlação entre:

- Imagem do Corpo e Perturbações Alimentares?
- Imagem do Corpo e Traços de Personalidade?
- Perturbações Alimentares e Traços de Personalidade?

3. Existem diferenças significativas dos participantes em relação à Imagem do Corpo, Perturbações Alimentares e Traços de Personalidade?

O presente estudo pretende responder às questões anteriormente formuladas (as quais constituem o problema de investigação), recorrendo à avaliação da imagem do corpo, da presença de perturbações alimentares e do traço de personalidade dos estudantes universitários que constituem a amostra, com o objectivo de verificar a existência de relações entre as variáveis do estudo.

Adoptamos a definição de imagem corporal de Bruchon-Schweitzer (1986/87, p. 893), em que este autor defende que a imagem corporal é um *“conjunto de sentimentos, atitudes, lembranças e experiências que o indivíduo acumulou a propósito do seu corpo e são integradas numa percepção global”*.

Adoptamos a definição de perturbações alimentares de Peres e Santos (2006), que defendiam que as perturbações alimentares são psicopatologias

caracterizadas por uma relação desajustada com a comida conjugadas com pensamentos distorcidos em relação ao peso, à imagem corporal e à aceitação social.

Adoptamos que os traços de personalidade são padrões estáveis de compreensão, relação e pensamento acerca do meio envolvente e de si próprio, que se exprimem em vários contextos de natureza social e pessoal (APA, 2002).

4.2. Participantes

Os questionários foram aplicados a uma amostra de 254 alunos de licenciatura pertencentes à Universidade de Évora, dos cursos de Reabilitação Psicomotora, Enfermagem, Psicologia, Artes e Desporto. Duas razões levaram à escolha destes cursos. Por um lado, era mais fácil o acesso a estes participantes (amostra de conveniência), por outro lado, os cursos escolhidos possibilitavam subgrupos de participantes que trabalham e estudam o corpo.

4.2.1. Caracterização da amostra

A tabela 2 apresenta a composição da amostra tendo em conta o género e o curso frequentado pelos participantes. Verifica-se um desequilíbrio entre os participantes do género feminino ($n = 191$, 75%) e masculino ($n = 63$, 25%) na amostra total. Nos cursos em que foram aplicados os questionários, as turmas eram constituídas maioritariamente por raparigas, razão pela qual procurámos também aplicar o questionário num curso principalmente constituído por rapazes (Desporto, $n = 40$, 85% de rapazes).

Não foi possível ter em cada curso um número semelhante de participantes, uma vez que tal não correspondia à realidade estudada, sendo difícil encontrar cursos em que estivessem presentes números equilibrados de rapazes e raparigas.

Tabela 2. Distribuição da amostra por Género e Curso (N=254)

Curso	Género				Amostra Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	n	%	n	%		
Artes	17	8,9	9	14,3	26	10,2
Desporto	6	3,1	34	54,0	40	15,7
Enfermagem	83	43,5	14	22,2	97	38,2
Psicologia	54	28,3	1	1,6	55	21,7
Reabilitação Psicomotora	31	16,2	5	7,9	36	14,2
Total	191	100,0	63	100,0	254	100,0

Quanto à distribuição da amostra total pelos diferentes grupos etários e género, verifica-se que 66,1% dos participantes tem idades entre os 18 e 21 anos, sendo a média de idades de 21,87 anos. As idades dos participantes do género feminino variam entre os 18 e 49 anos com médias de idades entre os 21,53 anos, enquanto nos rapazes a variação de idades foi entre os 18 e 45 anos com média de idades entre os 22,87 anos. A tabela 3 apresenta os dados referentes ao grupo etário dos participantes.

Tabela 3. Distribuição da amostra pelos Grupos Etários e Género, mediana e média (N=254)

Grupo de Idades	Género				Amostra Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	n	%	n	%		
[18-21]	130	68,1	38	60,3	168	66,1
[22-25]	40	20,9	16	25,4	56	22,0
[26-29]	11	5,8	2	3,2	13	5,1
[30-33]	6	3,1	4	6,3	10	4,0
[35-49]	4	2,1	3	4,8	7	2,8
N	191	100	63	100	254	100
Mediana	21		21		21	
Média	21,53		22,87		21,87	

Relativamente à distribuição da amostra por ano de curso e género, verifica-se na Tabela 4 que 46,9% da amostra total pertence ao 2º ano de curso, pertencendo ao 1º ano de curso 26,7% e 26,4% ao 3º ano. Verifica-se que 44,5% da amostra do

género feminino frequenta o 2º ano e 53,9% da amostra do género masculino também frequenta o 2º ano de licenciatura.

Tabela 4. Distribuição da amostra por ano de curso e género (N=254)

Ano de curso	Género				Amostra Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	n	%	n	%		
1	57	29,8	11	17,5	68	26,7
2	85	44,5	34	53,9	119	46,9
3	49	25,7	18	28,6	67	26,4
Total	191	100	63	100	254	100

A tabela 5 representa a distribuição da amostra por ano de curso e curso frequentado. Houve cursos em que não foi possível aplicar os questionários aos três anos de licenciatura por falta de disponibilidade dos docentes. Assim, 73% da amostra do curso de artes frequenta o 1º ano de licenciatura, 65% da amostra do curso de desporto frequenta o 2º ano de licenciatura e 100% da amostra de reabilitação psicomotora frequenta o 2º ano. Em relação aos cursos em que aplicamos os questionários nos três anos (Psicologia e Enfermagem), a variação da amostra por ano de licenciatura em cada curso não é significativa.

Tabela 5. Distribuição da amostra por ano de curso e curso (N=254)

Ano de curso	Curso										Amostra Total	
	Artes		Desporto		Enfermagem		Psicologia		Reabilitação Psicomotora		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1	19	73,1	0	0	29	30,0	20	36,4	0	0	68	26,8
2	7	26,9	26	65	34	35,0	16	29,1	36	100	119	46,8
3	0	0	14	35	34	35,0	19	34,5	0	0	67	26,4
Total	26	100	40	100	97	100	55	100	36	100	254	100

Relativamente à distribuição da amostra por Grupo de Idades e curso, presente na Tabela 6, 66,1% da amostra total pertence ao grupo de idades entre os 18 e os 21 anos, 22,1% pertence ao grupo de idades dos 22 aos 25 anos, sendo os restantes 11,8% divididos pelos restantes grupos de idades.

Tabela 6. Distribuição da amostra por Grupo de Idades e Curso (N=254)

Grupo de Idades	Curso										Amostra Total	
	Reabilitação Psicomotora		Enfermagem		Desporto		Psicologia		Artes		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
[18-21]	23	63,9	64	66,0	23	57,5	41	74,6	17	65,4	168	66,1
[22-25]	7	19,4	20	20,6	13	32,5	9	16,4	7	26,9	56	22,1
[26-29]	2	5,6	8	8,2	1	2,5	2	3,6	0	0	13	5,1
[30-33]	3	8,3	3	3,1	0	0	2	3,6	2	7,7	10	3,9
[35-49]	1	2,8	2	2,1	3	7,5	1	1,8	0	0	7	2,8
Total	36	100	97	100	40	100	55	100	26	100	254	100

4.3. Instrumentos

4.3.1. Questionário sobre a Imagem do Corpo (BIQ)

O instrumento que utilizámos para avaliar a imagem corporal foi o Questionário sobre a Imagem do Corpo (BIQ) de Bruchon-Schweitzer (1981) (Anexo I).

O instrumento inicial, Q.I.C. (Bruchon-Schweitzer, 1981), do qual este é uma adaptação portuguesa, pretende avaliar as percepções, os sentimentos e as atitudes induzidas pelo próprio corpo. Segundo a sua autora, a imagem corporal diz respeito às percepções e representações que usamos para falar sobre os nossos corpos. Considera a imagem do corpo como o conjunto de sentimentos, atitudes, memórias e experiências que uma pessoa acumula sobre o seu próprio corpo e que são integrados numa percepção global.

O BIQ é constituído por 19 pares de antónimos de itens. Pede-se ao participante que, na lista que lhe é apresentada, se situe entre duas afirmações, sendo estas contraditórias entre si, devendo colocar uma cruz na coluna escolhida. A quantificação do questionário foi feita por uma escala de Likert de cinco pontos, atribuindo-se 1 ou 2 pontos aos elementos “negativos” do par (pouca saúde, não te dá prazer) quando a escolha era “muitas vezes” e “algumas vezes”, respectivamente; 4 ou 5 pontos aos elementos “positivos” do par (muita saúde, dá-te prazer) quando a escolha era “algumas vezes” e “muitas vezes”, respectivamente; Ao ponto 3 correspondia a escolha da opção “nem um nem outro”.

Ao aplicar os questionários, tivemos em atenção que o seu preenchimento fosse correctamente entendido pelos elementos da amostra em questão.

Este questionário está organizado em 4 factores, estando alguns itens sujeitos à inversão. Assim, os factores são (Bruchon-Schweitzer, 1986-87; 1987):

- Factor I: Fechamento/Acessibilidade – que diz respeito à receptividade às experiências corporais de ordem sensorial, estética, sensual, e estando muito próximo do conceito “envelope corporal” de Anzieu.
- Factor II: Insatisfação/Satisfação – na insatisfação projectam-se percepções de tom desagradáveis, e na satisfação projectam-se percepções de tonalidade agradáveis (estados de emoções positivos e propriedades dinâmicas ou higiénicas).
- Factor III: Passividade/Actividade – neste factor opõem-se as propriedades energéticas do corpo (resistência, energia, eficiência física, audácia...) aos traços opostos (fragilidade, fraqueza, saúde precária...).
- Factor IV: Tenso/Sereno – neste factor opõem-se a calma/serenidade à cólera, nervosismo e inquietude, ou seja, da serenidade à tensão.

Tabela 7. Factores que integram a BIQ

Factores	Nº itens	Itens
Factor I:		12 e 18
Fechamento/Acessibilidade	6	2, 8 e 15 invertidos
Factor II:		9 e 14
Insatisfação/Satisfação	6	3,5,11 e 17 invertidos
Factor III:		4,6 e 16
Passividade/Actividade	5	19 invertido

Factor IV:	3	7 e 10
Tenso/Sereno		13 invertido

Adaptação

Este questionário foi aferido e validado para a população francesa na faixa etária dos 10 aos 40 anos (Bruchon-Schweitzer, 1987) e já foi aplicado por Vasconcelos, em 1995, a uma população jovem, assim como Bruchon-Schweitzer (1987). Esta prova também foi utilizada em estudos de doutoramento (Santos, 2006) o que permitiu uma adaptação do questionário à população portuguesa.

4.3.2. Inventário de Personalidade NEO-FFI-20

Para avaliar as dimensões da personalidade foi utilizado o Inventário da Personalidade NEO-FFI-20 (Anexo II) desenvolvido por Bertoquini e Ribeiro (2006). Este inventário utilizado trata-se de uma forma reduzida do NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992).

A escolha deste instrumento foi feita tendo em consideração a natureza não clínica da amostra que permitisse avaliar dimensões normativas da personalidade.

Este instrumento é direccionado para medir as cinco principais dimensões da personalidade, estando teoricamente sustentado pelo Modelo dos Cinco Factores e avalia as dimensões da personalidade correspondentes a cada um dos domínios: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade.

A versão do instrumento que utilizamos neste estudo é uma medida de cinco dimensões da personalidade, assim como de alguns traços que definem cada um dos domínios (Lima, 1997), sendo um inventário de auto-preenchimento com 20 itens, em que as respostas são dadas segundo uma escala de Likert (Discordo Fortemente, Discordo, Neutro, Concordo e Concordo Fortemente). As cinco escalas que a compõem são:

▪ **Neuroticismo**

A escala global avalia a adaptação vs instabilidade emocional. Valores elevados em Neuroticismo identificam indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de incompetência, hipocondríacos, com tendência para a descompensação emocional, desejos e necessidades excessivas e

respostas de *coping* desadequadas, bem como tendências gerais para experienciar afectos negativos como o medo, a tristeza, o embaraço, a raiva, a culpabilidade e a repulsa. Talvez pelas emoções disruptivas interferirem na adaptação, os homens e mulheres com pontuações mais altas nesta escala têm tendência para terem ideias irracionais, para serem menos capazes de controlar os impulsos e controlarem-se de pior forma que os outros com *stress* (Lima, 1997). Por outro lado, valores baixos em Neuroticismo revelam estabilidade emocional que se traduz em indivíduos geralmente calmos, com humor bastante constante, tranquilos e descontraídos, seguros, satisfeitos consigo próprios e capazes de enfrentar situações de tensão sem ficarem descontrolados ou assustados. O domínio do Neuroticismo inclui seis facetas (Lima, 1997; Nunes, 2005):

▪ **Extroversão**

A extroversão traduz a quantidade e intensidade das interações interpessoais, o nível da actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. Os indivíduos com valores elevados neste domínio são sociáveis, afirmativos, optimistas, gostam de diversão, são afectuosos, alegres e conversadores, gostam de pessoas, preferem grupos grandes, são assertivos e apreciam a excitação e a estimulação. Este domínio correlaciona-se fortemente com o interesse em ocupações de iniciativa e de empreendimento. A introversão deve ser considerada mais como a ausência da extroversão do que do seu oposto. Os introvertidos são, sobretudo, pessoas reservadas, independentes e têm um passo certo. Os introvertidos podem caracterizar-se como tímidos (quando o dizem é porque preferem estar sós) e não sofrem necessariamente de ansiedade social. Embora não tenham tendências à animação excessiva dos extrovertidos, não são infelizes nem pessimistas (Lima, 1997; Nunes, 2005).

▪ **Abertura à Experiência**

Esta dimensão é a menos conhecida e a mais controversa das cinco dimensões, mas considerada pelos autores deste instrumento como sendo a de maior relevância para o estudo da imaginação, da cognição e da personalidade (Costa & McCrae, citado por Carmo, 2006). Esta dimensão traduz a procura proactiva, a apreciação da experiência por si mesma, e a tolerância e a exploração do não familiar. Diz respeito à amplitude, profundidade e permeabilidade da consciência e à necessidade de alargar e examinar a experiência. Curiosidade e experiência de um

leque muito variado de emoções, tanto positivas como negativas, grande diversidade de interesses, pouco tradicionais e convencionais (Lima, 1997; Nunes, 2005; Nunes & Hutz, 2007).

Os indivíduos com valores altos neste domínio são curiosos, quer no que diz respeito ao mundo interior como ao exterior, e têm as suas vidas cheias de vivências (mais do que o comum). Têm tendência para ter ideias e valores não convencionais, vivem as emoções de uma forma mais intensa do que os indivíduos mais fechados. Facilmente põem em causa a autoridade e optam por ideias sociais novas, políticas e/ou éticas (Lima, 1997; Nunes, 2005).

Os indivíduos com valores baixos têm tendência a ter comportamentos convencionais e uma aparência exterior conservadora, preferindo o conhecido ao novo e apresentando reacções emocionais algo silenciosas. Têm um conjunto de interesses mais estreito e tendem a ser pouco artísticos ou analíticos (Lima, 1997; Nunes, 2005).

▪ **Amabilidade**

A Amabilidade é uma dimensão que se refere às tendências interpessoais, referindo-se à qualidade da orientação interpessoal, num contínuo que vai da compaixão ao antagonismo, tanto nos pensamentos, como nos sentimentos e acções. O indivíduo com valores elevados neste domínio é, fundamentalmente, altruísta, de bons sentimentos, benevolente, digno de confiança, prestável, disposto a acreditar nos outros, inclinado a perdoar, a ser simpático para os outros e acredita que os outros também são simpáticos. Pelo contrário, a pessoa hostil é egocêntrica, cínica, rude, desconfiada, pouco cooperativa, vingativa, irritável, manipuladora, céptica em relação às tendências dos outros e mais competitiva do que cooperante (Lima, 1997; Nunes, 2005).

▪ **Conscienciosidade**

Este domínio pretende avaliar o grau de organização, persistência, controlo e motivação pelos comportamentos orientados para objectivos. Altos valores neste domínio indicam indivíduos dignos de confiança, escrupulosos, dotados de força de vontade, determinados, energéticos, pontuais, ambiciosos e organizados. Enquanto indivíduos com valores baixos tendem a não ter objectivos claros, a ser preguiçosos, negligentes e descuidados (Lima, 1997; Nunes, 2005).

Tabela 8. Dimensões e itens que integram o NEO-FFI-20

Dimensões	Itens
Neuroticismo (N)	1,6,11,16
Extroversão (E)	2,7,12,17
Abertura (O)	3,8,13,18
Amabilidade (A)	4,9,14,19
Conscienciosidade (C)	5,10,15,20

O NEO-FFI-20 é constituído por 20 afirmações auto-descritivas onde os sujeitos, numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, assinalam em que medida cada afirmação os descreve (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Em relação à validade convergente, as escalas do NEO-FFI-20 encontram-se fortemente correlacionadas com as escalas e facetas do NEO-PI-R equivalentes, com valores dos coeficientes de *Pearson* para as escalas que variam entre os 0,68 a 0,77. Apesar de cada escala do NEO-FFI-20 possuir apenas quatro itens, os coeficientes alfa de Cronbach atingem o valor mínimo de 0,70 variando entre 0,70 e 0,76 (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

A consistência interna do NEO-FFI-20 pode ser considerada satisfatória, com todas as escalas a exibirem alfas de Cronbach iguais ou superiores a 0,70, apesar do número pequeno que possuem. Apesar de sete itens do NEO-FFI-20 estarem cotados de modo inverso as suas escalas não possuem uma proporção equilibrada destes itens, não assegurando totalmente o controlo do viés da aquiescência (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

4.3.3. Eating Disorders Inventory (EDI-2)

O instrumento utilizado para avaliarmos o comportamento alimentar foi o Eating Disorders Inventory - 2. A escolha deste inventário deveu-se ao motivo de ser reconhecida a sua validade e fidelidade e por dar a possibilidade de realizar um

levantamento de atitudes, comportamentos e características psicológicas frequentemente associadas às perturbações do comportamento alimentar e/ou à vulnerabilidade de vir a desenvolver uma perturbação deste tipo. O Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar – (Eating Disorders Inventory – 2) (Anexo III) é constituído por 91 itens. O Eating Disorders Inventory foi desenvolvido por Garner, Olmstead e Polivy (1983), com o objectivo de avaliar as alterações psicológicas e do comportamento alimentar em doentes com anorexia e bulimia nervosa.

Dada a semelhança entre o EDI e o EDI-2, utilizamos no presente estudo a versão mais longa (EDI-2) por se tratar de uma revisão mais actualizada e por acrescentar três sub-escalas (Ascetismo, Impulsividade e Insegurança Social).

A fidelidade e a validade do EDI foram estudadas por Garner, Olmstead e Polivy (1983). As 8 sub-escalas originais do EDI foram deduzidas e empiricamente validadas com o objectivo de diferenciar raparigas com anorexia nervosa de um grupo comparativo sem perturbações alimentares.

Os coeficientes de fidelidade para as sub-escalas do EDI variaram entre 0,83 e 0,93, no grupo com perturbações alimentares, enquanto no grupo comparativo os valores oscilavam entre 0,72 e 0,92. Garner e Olmstead (1991) avaliaram a consistência interna nas três novas escalas, que variaram entre 0,70 e 0,80 no grupo anoréctico e entre 0,44 e 0,80 no grupo comparativo.

As sub-escalas do EDI que avaliam comportamentos e atitudes relativamente à comida, ao peso e à forma estavam mais correlacionados com instrumentos que avaliam comportamentos alimentares e dietéticos, enquanto as sub-escalas que avaliam características psicológicas apresentavam uma correlação mais forte com instrumentos gerais de psicologia (Garner *et al.*, 1983).

Através de uma análise discriminante, verificou-se que as sub-escalas do EDI classificavam correctamente 85% dos indivíduos anorécticos como pertencentes aos subtipos restritivo e bulímico e que cada uma das 8 sub-escalas do EDI conseguia diferenciar a população anoréctica de um grupo comparativo normal (Garner *et al.*, 1983).

Em 1991, foi publicado o EDI-2, com mais 27 itens do que o inventário original, o que equivale a mais quatro sub-escalas. Actualmente, esta medida é composta por um total de 91 itens, divididos por 11 sub-escalas. As três primeiras sub-escalas referem-se às atitudes e comportamentos relacionados com a comida e a forma corporal:

- **Desejo de Emagrecer (DE):** avalia a preocupação excessiva com a dieta e com o peso, reflecte o desejo intenso em emagrecer, assim como o medo de ganhar peso;
- **Bulimia (B):** indica a tendência para episódios de ingestão compulsiva, ingestão alimentar sem controlo, que poderá ser seguida por comportamentos compensatórios para compensar estes episódios;
- **Insatisfação Corporal (IC):** reflecte a convicção de que partes específicas do corpo, associadas com a mudança do corpo na puberdade, estão demasiado largas e examina as perturbações da imagem corporal;

As oito sub-escalas seguintes possuem itens associados a características psicológicas clinicamente relevantes para as perturbações do comportamento alimentar:

- **Ineficácia (I):** revela sentimentos de inadequação geral, insegurança e o sentimento de não controlar a própria vida, e uma auto-estima baixa;
- **Perfeccionismo (P):** indica expectativas pessoais excessivas em relação à realização;
- **Mal-estar interpessoal/ Desconfiança Interpessoal (DI):** reflecte um sentimento de relutância para ter relações próximas com os outros;
- **Mal-estar / Consciência Interoceptiva (ME):** avalia a falta de confiança em reconhecer e identificar emoções e sensações, e dificuldade no reconhecimento de sensações físicas;
- **Medo da Maturidade (MM):** mede o desejo de voltar à segurança dos anos de pré-adolescência e a recusa das responsabilidades do adulto;
- **Ascetismo (A):** Avalia a tentativa de procurar virtudes através de ideias espirituais;
- **Regulação do Impulso / Impulso (Im):** reflecte a tendência para o abuso de substâncias, relacionamento interpessoal destrutivo, impulsividade, negligência, hostilidade e comportamento auto-destrutivo;
- **Insegurança Social (IS):** avalia a crença de que as relações sociais são tensas, inseguras, pouco gratificantes e pobres.

Cada sub-escala deste inventário mede uma característica independente, pelo que a interpretação da cotação total não é relevante, sendo as respostas dadas

numa escala de seis pontos (sempre, normalmente, frequentemente, às vezes, raramente e nunca).

Tabela 9. Sub-escalas do EDI-2, número de itens e itens correspondentes

Sub-escala	Nº itens	Itens
Desejo de emagrecer	7	1,7,11,16,25,32,49
Bulimia	7	4,5,28,38,46,53,61
Insatisfação Corporal	9	2,9,12,19,31,45,55,59,62
Ineficácia	10	10,18,20,24,27,37,41,42,50,56
Perfeccionismo	6	13,29,36,43,52,63
Desconfiança Interpessoal	7	15,17,23,30,34,54,57
Mal-estar	10	8,21,26,33,40,44,47,51,60,64
Medo da Maturidade	8	3,6,14,22,35,39,48,58
Ascetismo	8	66,68,71,75,78, 82,86,88
Impulsividade	11	65,67,70,72,74,77,79,81,83,85,90
Insegurança Social	8	69,73,76,80,84,87,89,91

4.4. Procedimentos

A recolha de dados foi efectuada pelo próprio experimentador, após contacto prévio com as comissões de curso de alguns cursos de 1º ciclo da Universidade de Évora, tendo sido efectuada a aplicação dos instrumentos de 05 de Março a 03 de Junho de 2009.

Os instrumentos foram aplicados de forma colectiva em sala de aula com a autorização prévia do docente da disciplina que disponibilizou parte do seu tempo de aula. No início da aula, e com aviso prévio aos alunos de que iriam participar num estudo, o docente apresentou o investigador que explicou sumariamente o estudo e formalizou o convite para a participação dos estudantes. Foi precedida uma breve explicação sobre os objectivos do estudo, a sua liberdade de participar ou não, a garantia de anonimato e confidencialidade dos resultados.

Após o seu consentimento verbal, iniciou-se a aplicação dos instrumentos, distribuindo-se os questionários e sendo explicado como se realizava o preenchimento dos mesmos, procedendo pontualmente e individualmente ao esclarecimento de dúvidas relativas à forma de preenchimento dos questionários.

Capítulo 5 – Análise dos resultados

Terminada a fase de recolha de dados junto da população da nossa amostra, o tratamento e análise dos dados foi a fase seguinte. Para tal, recorreremos à análise descritiva dos dados, à análise factorial dos instrumentos, à análise correlacional (Coeficiente de Pearson) e à ANOVA. Com o objectivo de organizar, apresentar e interpretar os dados recolhidos, efectuou-se uma análise estatística recorrendo ao programa informático SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

5.1. Análise Factorial – BIQ (Bruchon-Schweitzer, 1981)

Optou-se pela análise em componentes principais a partir da matriz de correlações dos itens. Seguidamente, fez-se uma rotação ortogonal Varimax dos factores, de modo a conseguir uma optimização das correlações dos itens aos factores para facilitar a interpretação dos mesmos.

Foram os seguintes os critérios para a selecção dos factores: 1) factores com valor próprio superior a 1 (critério de Kaiser); 2) o *scree test* de Cattell; 3) itens com saturações acima de 0.40 no factor; e 4) itens com saturações inferiores a 0.40 no factor, desde que não tivessem saturações próximas noutros factores e, simultaneamente, tivessem um conteúdo adequado ao factor em que se encontravam.

Alguns aspectos pesaram na escolha destes critérios, como sejam:

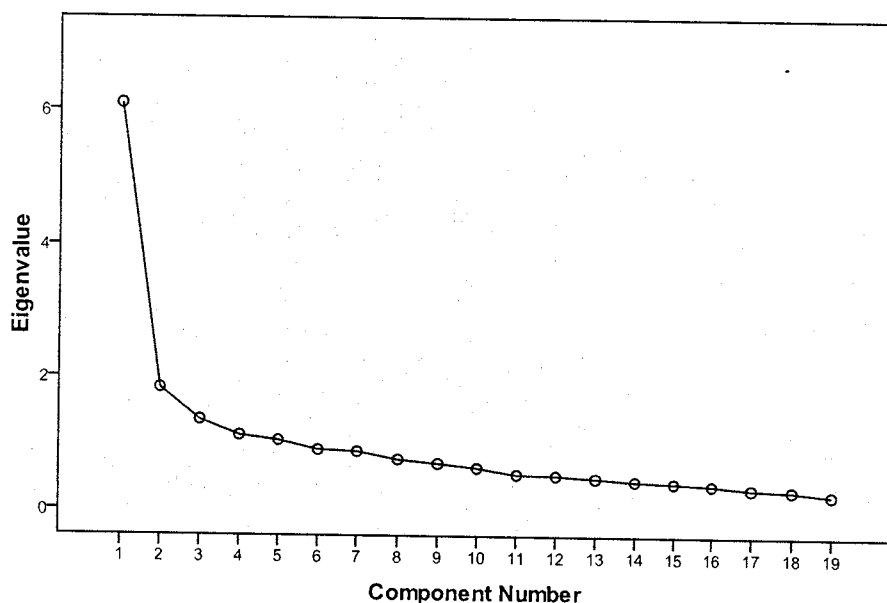
1. O critério de Kaiser, por ser fácil de aplicar e de grande objectividade. Sendo dos mais frequentemente utilizados na determinação do número de factores estabelece 1 como valor próprio mínimo para os factores escolhidos, pois considera que a selecção de factores com valores próprios abaixo deste exigem grandes precauções na interpretação. Apresenta como principal desvantagem a tendência para seleccionar um número elevado de factores (Maroco, 2007).

2. O *scree test* de Cattell, por permitir contrabalançar a limitação já apontada ao critério, não sendo considerados os factores que explicam uma proporção de variância muito pequena, tendo em conta a sua representação gráfica (não se escolhem factores a partir do ponto em que a representação gráfica faz um “cotovelo”, para lá do qual quase estabelece uma linha recta na horizontal);

3. Aceitar itens com saturações até 0.40 no factor, por ser um critério adequado segundo alguns autores (Maroco, 2007);

Depois de várias tentativas para encontrar factores claros, interpretáveis e constituídos por um número máximo de itens conceptualmente adequados e equivalentes que seguissem a distribuição dos itens pelos factores da autora, Bruchon-Schweitzer, chegou-se a uma solução de quatro factores que explicam 54,66% da variância total dos resultados. Para esta solução, as tabelas (Anexos IV e V) apresentam, respectivamente, a matriz não rodada e a matriz rodada dos factores.

Figura 1. Scree Test dos factores do BIQ



Relativamente à tabela referente à matriz rodada dos factores (Anexo V), verifica-se que os quatro factores encontrados explicam 54,66% da variância total dos resultados. Deste valor, 32,05% é explicado pelo primeiro factor, 9,63 pelo segundo, 7,11 pelo terceiro factor, e 5,88 pelo quarto factor.

Seguidamente, fez-se a caracterização de cada um dos factores através de tabelas-síntese onde se indicam os itens que o compõem, a sua saturação no factor e a definição do mesmo. Estabelece-se, ainda, um paralelismo entre os factores encontrados pela autora e a estrutura factorial obtida.

5.1.1. Caracterização dos factores do BIQ

Tabela 10. Factor 1 - Fechamento/Acessibilidade

Itens	Conteúdo	Saturação
18	Não é para se olhar... é para se olhar	,76
15	É erótico... não é erótico	,69
19	É energético... não é energético	,64
11	É livre... é preso	,62
12	É para se esconder... é para se mostrar	,62

O factor 1 representa 32,05% da variância total dos resultados. É constituído, por cinco itens, dos quais 3 itens (12, 15 e 18) fazem parte da distribuição da autora pertencentes ao factor 1. Como existe uma concordância significativa entre a divisão dos itens parece-nos haver uma consistência em relação aos itens e a designação da autora, assim denominamos este factor como *Fechamento-Acessibilidade*.

Tabela 11. Factor 2 - Insatisfação/Satisfação

Itens	Conteúdo	Saturação
3	Te dá prazer... não te dá prazer	,84
2	É bonito... é feio	,79
5	É limpo... é sujo	,67
8	É para se tocar... não é para se tocar	,62

O factor 2 representa 9,63% da variância total dos resultados. É constituído por 4 itens, havendo dois itens (3 e 5) conforme a distribuição da autora. Os 2 itens que também fazem parte deste factor pertenciam, segundo a distribuição da autora ao factor 1. Parece-nos que se adaptam neste factor e continuam a transmitir uma mensagem de *Insatisfação/Satisfação* pelo que mantivemos o nome do factor.

Tabela 12. Factor 3 - Passividade/Actividade

Itens	Conteúdo	Saturação
10	É irritado... é calmo	,78
6	É medroso... é corajoso	,64
16	é fraco... é forte	,63
9	É frio... é quente	,48
13	É sereno... é nervoso	,48
1	Tem pouca saúde... tem muita saúde	,38

O factor 3 explica 7,1% da variância total dos resultados. É constituído por seis itens, em que três destes (1, 6 e 16) correspondem à divisão dos factores da autora. Os restantes itens também nos parecem adaptarem-se a este factor traduzindo uma mensagem de Passividade/Actividade, pelo que mantivemos o nome do factor.

Tabela 13. Factor 4 - Tenso/Sereno

Itens	Conteúdo	Saturação
7	É vazio... é cheio	,68
14	É velho... é jovem	,57
4	É feminino... é masculino	,45

O factor 4 explica 5,88% da variância dos resultados. É constituído por 3 itens, estando apenas um item (7) em conformidade com a distribuição da autora. Designamos o nome do factor por Tenso/Sereno, porque achamos que o significado dos itens também se pode adequar a este factor.

5.1.2 Estudo da consistência interna

A fase seguinte da análise dos resultados tinha por objectivo verificar a consistência interna de cada um dos factores factorialmente obtidos, através do estudo da precisão de cada um dos factores. Maroco (2007) considera que este tipo de estudos representa um controlo de qualidade de um instrumento, deixando-o para posteriores estudos de validade.

Assim, os primeiros indicadores de consistência interna dos factores a serem estudados foram os indicadores de consistência interna dos resultados obtidos em cada um dos factores do BIQ. A medida de precisão desses resultados foi obtida a partir do coeficiente alfa de Cronbach. Segundo Maroco (2007), permite uma só estimação da consistência interna, substituindo com vantagens o método bi-partição no cálculo de precisão.

A tabela seguinte apresenta os coeficientes de precisão para os resultados dos 4 factores do BIQ, segundo a distribuição dos itens encontrada neste estudo.

Tabela 14. Coeficientes de precisão do BIQ

<i>Escalas</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Fechamento-Acessibilidade	,79
Insatisfação-Satisfação	,77
Passividade-Actividade	,54
Tenso-Sereno	,51

Como se pode verificar, os coeficientes alfa de Cronbach variam entre ,51 e ,79. Os valores acima de .70 são considerados o mínimo aceitável para a precisão de uma escala (Maroco, 2007). A escala de Fechamento/Acessibilidade e Insatisfação/Satisfação são as únicas que se situam nesse limite, podendo o seu resultado traduzir a heterogeneidade de conteúdo da escala. As restantes duas escalas, Passividade/Actividade e Tenso/Sereno, apresentam valores acima de .50, sendo ainda aceitáveis.

Para os 19 itens do questionário, obtivemos um alfa de Cronbach de 0,85.

No seu conjunto, estes resultados são um indicador de uma boa consistência interna na generalidade dos factores.

5.1.3. Estudo da homogeneidade dos itens

Dando continuidade ao estudo da consistência interna do BIQ, fez-se a análise da homogeneidade dos itens de cada factor, segundo a distribuição por nós encontrada. Determinaram-se os coeficientes de correlação de cada item com o total do factor a que pertencia e, seguidamente, determinaram-se os coeficientes de

correlação entre os itens de cada factor; por fim, determinou-se os coeficientes de correlação dos itens de cada factor com os totais dos restantes factores.

O primeiro grupo de resultados é apresentado na tabela 15. Nesta, indica-se a média das correlações em cada um dos factores, de modo a facilitar a análise da homogeneidade das mesmas.

Tabela 15. Correlações dos itens com o resultado da factor a que pertence (N=254)

Fechamento- Acessibilidade		Insatisfação- Satisfação		Passividade/ Actividade		Tenso/Sereno	
Itens	r	Itens	r	Itens	r	Itens	r
11	,73**	2	,77**	1	,57**	4	,73**
12	,73**	3	,83**	6	,72**	7	,70**
15	,71**	5	,74**	9	,72**	14	,71**
18	,81**	8	,75**	10	,61**		
19	,71**			13	,05		
				16	,72**		
C.M.	,74		,77		,57		,71

O item é identificado pelo seu número no questionário

r é a correlação do item com o resultado do factor a que pertence

C.M. Média das correlações

**p<.01; *p<.05

Verifica-se que os factores apresentam na generalidade bons índices quanto à correlação média dos itens com o total do factor a que pertencem. Apesar deste conjunto de resultados ser um bom indicador da homogeneidade dos itens nos respectivos factores, apenas um item apresenta uma correlação abaixo de .40 (item 13 pertencente ao factor Passividade/Actividade).

Relativamente à inter-correlação dos itens de cada um dos factores, para além dos objectivos já referidos, esta análise procurava, também, clarificar as relações entre os itens em factores que, aparentemente, apresentavam conteúdos mais heterogéneos. Seguidamente, mostram-se as tabelas com as inter-correlações dos itens para cada factor do BIQ.

Tabela 16. Inter-correlações dos itens do factor Fechamento/Acessibilidade (N=254)

	11	12	15	18	19
11	1	,35**	,41**	,45**	,54**
12		1	,40**	,57**	,33**
15			1	,52**	,34**
18				1	,42**
19					1

Nota: **p<.01; *p<.05

No factor Fechamento/Acessibilidade, a correlação média inter-itens foi de .38, demonstrando heterogeneidade dos resultados. Entretanto, a correlação entre os itens pertencentes a este factor apresentam valores baixos que variam entre .33 a .57. A correlação mais baixa foi verificada entre o item *é energético... não é energético e é para se esconder... é para se mostrar*, mostrando que o seu conteúdo não é muito semelhante. A correlação mais alta verifica-se entre o item *é para se esconder... é para se mostrar e não é para se olhar... é para se olhar*.

Tabela 17. Inter-correlações dos itens do factor Insatisfação/Satisfação (N=254)

	2	3	5	8
2	1	,70**	,33**	,40**
3		1	,42**	,49**
5			1	,45**
8				1

Nota: **p<.01; *p<.05

No factor Insatisfação/Satisfação, a correlação média inter-itens foi de .37, demonstrando heterogeneidade dos resultados. Entretanto, a correlação entre os itens pertencentes a este factor apresentam bons valores, sendo o mais alto entre o item *te dá prazer... não te dá prazer e é bonito... é feio*. A correlação mais baixa verifica-se entre os itens *é bonito... é feio e é limpo... é sujo*.

Tabela 18. Inter-correlações dos itens do factor Passividade/Actividade (N=254)

	1	6	9	10	13	16
1	1	,28**	,26**	,22**	-,10	,33**
6		1	,47**	,42**	-,19**	,47**
9			1	,35**	-,14*	,51**
10				1	-,34**	,40**
13					1	-,18**
16						1

Nota: **p<.01; *p<.05

No factor Passividade/Actividade, a correlação média inter-itens foi de .35, demonstrando heterogeneidade dos resultados. Entretanto, verificam-se correlações baixas entre os itens deste factor. A correlação mais elevada verifica-se entre o item *é frio... é quente* e o *é fraco... é forte*.

Tabela 19. Inter-correlações dos itens da escala Tenso/Sereno (N=254)

Itens	4	7	14
4	1	,21**	,32**
7		1	,25**
14			1

Nota: **p<.01; *p<.05

No factor Tenso/Sereno, a correlação média inter-itens foi de .42, demonstrando heterogeneidade dos resultados. Entretanto, a correlação entre os itens pertencentes a este factor apresentam valores baixos, sendo o mais elevado entre o item *é feminino... é masculino* e o *é velho... é jovem*.

Na continuidade do estudo da homogeneidade dos itens nos factores a que pertencem, fez-se a correlação dos itens de cada factor com o total dos restantes factores. Os resultados obtidos (tabelas 20 a 23) permitiram verificar que, no geral, os coeficientes de correlação com os totais dos outros factores são consideravelmente mais baixos que com os dos seus factores, evidenciando uma boa homogeneidade

dos itens que compõem os diferentes factores. Apenas um item (obteve uma correlação baixa com o seu factor (Passividade/Actividade).

Tabela 20. Correlação dos itens do factor Fechamento/Acessibilidade com o total do seu factor e dos restantes factores (N=254)

	Fechamento/ Acessibilidade	Insatisfação/ Satisfação	Passividade/ Actividade	Tenso/ Serenos
11	,73**	,34**	,39**	,47**
12	,73**	,42**	,33**	,19**
15	,71**	,32**	,35**	,33**
18	,81**	,34**	,48**	,29**
19	,71**	,30**	,37**	,38**

Nota: **p<.01; *p<.05

Tabela 21. Correlação dos itens do factor Insatisfação/Satisfação com o total do seu factor e dos restantes factores (N=254)

	Fechamento/ Acessibilidade	Insatisfação/ Satisfação	Passividade/ Actividade	Tenso/ Serenos
2	,35**	,77**	,23**	,22**
3	,38**	,83**	,20**	,26**
5	,26**	,74**	,11	,31**
8	,46**	,75**	,21**	,27**

Nota: **p<.01; *p<.05

Tabela 22. Correlação dos itens do factor Passividade/Actividade com o total do seu factor e dos restantes factores (N=254)

	Fechamento/ Acessibilidade	Insatisfação/ Satisfação	Passividade/ Actividade	Tenso/ Serenos
1	,33**	,18**	,57**	,25**
6	,44**	,23**	,72**	,42**
9	,57**	,22**	,72**	,42**
10	,31**	,16*	,61**	,27**

13	-,31**	-,19**	,05	-,06
16	,47**	,25**	,72**	,38**

Nota: **p<.01; *p<.05

Tabela 23. Correlação dos itens do factor Tenso/Sereno com o total do seu factor e dos restantes factores (N=254)

	Fechamento/ Acessibilidade	Insatisfação/ Satisfação	Passividade/ Actividade	Tenso/ Sereno
4	,32**	,30**	,22**	,73**
7	,23**	,16**	,41**	,70**
14	,41**	,28**	,44**	,71**

Nota: **p<.01; *p<.05

De modo a estudar a relação entre os diferentes factores do BIQ, elaborou-se a matriz de inter-correlações que é apresentada na tabela 49 (pág. 105)

A análise da tabela 49 (pág. 105) permite constatar que a generalidade dos factores apresenta correlações médias entre si, verificando-se a correlação mais alta entre o factor *Fechamento/Acessibilidade* e *Passividade/Actividade*, com o valor de ,52. Como se pode verificar, os valores de correlações são médios entre os factores do BIQ, demonstrando que o conteúdo dos itens em cada factor é parecido aos pertencentes nos outros factores.

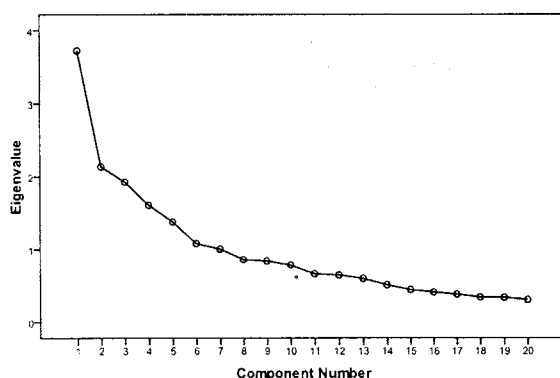
5.2. Análise Factorial do NEO-FFI-20

Numa tentativa de encontrar factores claros, interpretáveis e constituídos por um número máximo de itens conceptualmente adequados e equivalentes que seguissem a distribuição que Bertoquini e Ribeiro (2006) encontraram, chegou-se a uma solução de cinco factores que explicam 53,9% da variância total dos resultados. A solução de cinco factores foi forçada, tendo sido escolhida pelo facto de estar em consonância e apresentar uma distribuição de itens muito semelhante à do modelo teórico desenvolvido por Bertoquini e Ribeiro (2006), encontrando-se apenas um item deslocado. Para esta solução, os anexos VI e VII apresentam, respectivamente, a matriz não rodada e a matriz rodada dos factores.

5.2.1 Caracterização dos factores do NEO-FFI-20

Relativamente ao anexo VII, verifica-se que os cinco factores encontrados explicam 53,9% da variância total dos resultados. Deste valor, 18,63% é explicado pelo primeiro factor, 10,69% pelo segundo, 9,64% pelo terceiro, 8,03 pelo quarto e 6,88 pelo quinto factor.

Figura 2. Scree Test dos factores do NEO-FFI-20



Seguidamente, fez-se a caracterização de cada um dos factores através de tabelas-síntese onde se indicam os itens que o compõem, a sua saturação no factor e a definição do mesmo. Estabelece-se ainda um paralelismo entre os factores encontrados pelos autores e a estrutura factorial obtida.

Tabela 24. Factor 1 – Extroversão

Ítems	Conteúdo	Saturação
7	Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.	,83
12	Sou uma pessoa muito activa.	,71
17	Sou dominador(a), cheio(a) de força, e combativo(a).	,68
2	Sou uma pessoa alegre e bem disposta.	,50

O factor 1 representa 18,63% da variância total dos resultados. Em total conformidade com os autores, os itens pertencentes a este factor (2, 7, 12 e 17) são os que fazem parte da divisão estudada pelos autores, por esta razão designamos este factor por *Extroversão*.

Tabela 25. Factor 2 - Neuroticismo

Itens	Conteúdo	Saturação
11	Raramente me sinto só ou abatido(a).	,67
1	Raramente estou triste ou deprimido(a).	,66
16	Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.	,58
6	Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	,58
8	Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.	,43

O factor 2 representa 10,69% da variância total dos resultados. Quatro itens (1, 6, 11 e 16) estão em concordância com a distribuição realizada pelos autores, havendo um item (8) que, segundo os autores, pertencia ao factor *Abertura à Experiência*. Denominamos este factor por *Neuroticismo* devido ao número significativo de itens correspondentes à distribuição dos autores.

Tabela 26. Factor 3 - Conscienciosidade

Itens	Conteúdo	Saturação
20	Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	,79
15	Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	,72
10	Sou uma pessoa muito competente.	,69
5	Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.	,75

O factor 3 representa 9,64% da variância total dos resultados. Em total conformidade com os autores, os itens pertencentes a este factor (5, 10, 15 e 20) são os que fazem parte da divisão estudada pelos autores, por esta razão consideramos designar este factor por *Conscienciosidade*.

Tabela 27. Factor 4 - Amabilidade

Itens	Conteúdo	Saturação
9	A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.	,76
4	Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.	,75
19	Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	,61
14	Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	,46

O factor 4 representa 8,03% da variância total dos resultados. Em total conformidade com os autores, os itens pertencentes a este factor (4, 9, 14 e 19) são os que pertencem à distribuição encontrada pelos autores, por esta razão consideramos designar este factor por *Amabilidade*.

Tabela 28. Factor 5 – Abertura à Experiência

Itens	Conteúdo	Saturação
3	A poesia pouco ou nada me diz.	,77
18	Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.	,74
13	Acho as discussões filosóficas aborrecidas.	,68

O factor 5 representa 6,875% da variância total dos resultados. Fazem parte 3 itens (3,13 e 18) que, em conformidade com os autores, pertencem a esta escala. Segundo os autores, o item (8) deveria fazer parte deste factor, mas, no nosso estudo, pertence ao factor 2 (Neuroticismo). Designa-se por *Abertura à Experiência*, uma vez que os itens que fazem parte deste factor são concordantes com os designados pelos autores.

A fase seguinte da análise dos resultados tinha por objectivo verificar a consistência interna de cada uma das escalas factorialmente obtidas. Nesse sentido, fez-se a análise dos itens a partir da avaliação da precisão de cada domínio e dos itens que os compunham, as inter-correlações dos itens de cada um dos domínios e as inter-correlações dos resultados dos domínios na amostra total.

5.2.2 Estudo da consistência interna

Os indicadores de consistência interna, dos domínios a serem estudados, foram os coeficientes de precisão alfa de Cronbach dos resultados obtidos nos domínios do NEO-FFI-20. Obtivemos um alfa de Cronbach de 0,46 para os 20 itens do questionário.

A tabela 29 apresenta os coeficientes de precisão para os resultados dos domínios do NEO-FFI-20.

Tabela 29. Coeficientes de precisão do NEO-FFI-20

Domínios	Alfa de Cronbach
Neuroticismo	-,17
Extroversão	,73
Abertura à Experiência	,34
Amabilidade	-,06
Conscienciosidade	,70

Como se pode verificar, os coeficientes alfa de Cronbach variam entre -.17 e .73. Os valores acima de .70 são considerados o mínimo aceitável para a precisão de uma escala (Maroco, 2007). Os domínios Extroversão e Conscienciosidade são os únicos que se situam nesse limite, podendo o seu resultado traduzir a heterogeneidade de conteúdo do domínio. Os restantes três domínios, Neuroticismo, Abertura à Experiência e Amabilidade, apresentam valores baixos indicando uma baixa precisão nos resultados, mostrando uma baixa consistência interna. Estes resultados baixos podem dever-se a características da amostra e ao cansaço no preenchimento dos questionários, uma vez que o NEO-FFI-20 encontrava-se em último lugar de aplicação aos estudantes.

No seu conjunto, estes resultados são um indicador de baixa consistência interna na generalidade dos domínios. Assim, estes indicadores psicométricos apontam para a necessidade de haver uma interpretação muito cautelosa dos resultados obtidos através desta medida.

5.2.3 Estudo da homogeneidade das escalas

Dando continuidade ao estudo da consistência interna do NEO-FFI-20, fez-se a análise da homogeneidade dos itens de cada domínio. Determinaram-se os coeficientes de correlação de cada item com o total do domínio a que pertencia, os coeficientes de correlação entre os itens de cada domínio e os coeficientes de correlação dos itens de cada domínio com os totais das restantes domínios.

O primeiro grupo de resultados é apresentado na tabela 30. Neste, indica-se a média das correlações em cada uma dos domínios de modo a facilitar a análise da homogeneidade das mesmas.

Tabela 30. Correlações dos itens com o resultado do domínio a que pertence ($N=254$)

Neuroticismo		Extroversão		Abertura		Amabilidade		Conscienciosidade	
Itens	r	Itens	r	Itens	r	Itens	r	Itens	r
1	,60**	2	,65**	3	,65**	4	,40**	5	,68**
6	,29**	7	,79**	8	,24**	9	,50**	10	,76**
11	,57**	12	,80**	13	,67**	14	,58**	15	,72**
16	,41**	17	,73**	18	,77**	19	,46**	20	,76**
C.M	,47		,74		,58		,49		,73

O item é identificado pelo seu número no questionário

r é a correlação do item com o resultado do domínio a que pertence

C.M. Média das correlações

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$

Verifica-se que, o conjunto dos domínios apresenta na generalidade bons índices quanto à correlação média dos itens com o total do domínio. Apesar deste conjunto de resultados ser um bom indicador da homogeneidade dos itens nas respectivas domínios, existem alguns itens que apresentam índices de correlação abaixo de .40. Estão nestas condições os itens 6 do domínio Neuroticismo e o item 8 do domínio Abertura à Experiência. O índice de correlação do item 6 pode explicar-se por pertencer a um domínio onde se verifica, na generalidade, os mais baixos índices de correlação ao total do domínio. Quanto ao item 8 do domínio Abertura à Experiência, o baixo índice de correlação ao total do respectivo domínio pode dever-se ao facto de no nosso estudo estar incluído no domínio Neuroticismo, mas, como

seguimos o modelo teórico de Bertoquini & Ribeiro (2006), apresenta uma baixa correlação com o domínio em questão.

Relativamente à inter-correlação dos itens de cada um dos domínios, para além dos objectivos já referidos, esta análise procurava, também, clarificar as relações entre os itens em domínios que, aparentemente, apresentavam conteúdos mais heterogéneos. Seguidamente, mostram-se as tabelas com as inter-correlações dos itens para cada domínio do NEO-FFI-20.

Tabela 31. Inter-correlações dos itens do domínio Neuroticismo (N=254)

	1	6	11	16
1	1	-,24**	,53**	-,23**
6		1	-,34**	,16**
11			1	-,15*
16				1

Nota: **p<.01; *p<.05

No domínio *Neuroticismo*, a correlação média inter-itens foi de .31. Este resultado aponta para uma homogeneidade média do domínio em termos psicométricos, no entanto, a inter-correlação mais elevada no domínio Neuroticismo verifica-se entre o item *Raramente estou triste e deprimido(a)* e o *Raramente me sinto só ou abatido(a)*.

Tabela 32. Inter-correlações dos itens do domínio Extroversão (N=254)

	2	7	12	17
2	1	,39**	,40**	,23**
7		1	,51**	,40**
12			1	,46**
17				1

Nota: **p<.01; *p<.05

No domínio *Extroversão* a correlação média inter-itens foi de .37. Este resultado aponta para uma boa homogeneidade do domínio em termos psicométricos, no entanto, a inter-correlação mais baixa no domínio verifica-se entre o item *Sou uma pessoa alegre e bem-disposta* e *Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a)*.

Tabela 33. Inter-correlações dos itens do domínio Abertura à Experiência (N=254)

	3	8	13	18
3	1	-,34**	,38**	,44**
8		1	-,12	,02
13			1	,30**
18				1

Nota: **p<.01; *p<.05

No domínio Abertura à Experiência, a correlação inter-itens foi de .29. Este resultado aponta para uma fraca homogeneidade do domínio em termos psicométricos, ao verificar mais detalhadamente os itens verificamos que o item 8 apresenta valores de correlações baixos com todos os itens deste domínio, o que vem comprovar que, segundo o nosso estudo, não pertence ao domínio de Abertura à Experiência, pois os restantes itens apresentam razoáveis correlações entre si.

Tabela 34. Inter-correlações dos itens do domínio Amabilidade (N=254)

	4	9	14	19
4	1	,47**	-,26**	-,28**
9		1	-,17**	-,30**
14			1	,44**
19				1

Nota: **p<.01; *p<.05

No domínio *Amabilidade*, a correlação inter-itens foi de .30. Este resultado aponta para uma razoável homogeneidade do domínio em termos psicométricos. De salientar as correlações mais elevadas entre os itens *Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas* e *A minha primeira reacção é confiar nas pessoas*; e *Algumas pessoas consideram-me frio(a)* e *calculista* e *Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros*.

Tabela 35. Inter-correlações dos itens do domínio Conscienciosidade (N=254)

	5	10	15	20
5	1	,50**	,21**	,33**
10		1	,34**	,40**
15			1	,48**
20				1

Nota: **p<.01; *p<.05

No domínio *Conscienciosidade*, a correlação baixa inter-itens foi de ,38. Este resultado aponta para uma boa homogeneidade do domínio em termos psicométricos. De salientar as correlações mais elevadas entre os itens *Sou eficiente e eficaz no meu trabalho* e *Sou uma pessoa muito competente*; e entre os itens *Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço* e *Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho*.

A correlação mais baixa verifica-se entre os itens *Sou eficiente e eficaz no meu trabalho* e *Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço*.

Na continuidade do estudo da homogeneidade dos itens nos domínios a que pertencem, fez-se a correlação dos itens de cada domínio com o total das restantes domínios. Os resultados obtidos nas tabelas 36 a 40 permitiram verificar que, no geral, os coeficientes de correlação com os totais dos outros domínios são consideravelmente mais baixos que com os dos seus domínios, evidenciando uma boa homogeneidade dos itens que compõem os diferentes domínios.

Tabela 36. Correlação dos itens do domínio Neuroticismo com o total do seu domínio e dos restantes domínios (N=254)

Itens	N	E	O	A	C
1	,60**	,22**	-,00	-,01	,16*
6	,29**	-,22**	,16*	,11	-,26**
11	,57**	,25**	,02	-,03	,19**
16	,41**	-,13*	,10	,03	-,05

Nota: N = Neuroticismo; E = Extroversão; O = Abertura; A = Amabilidade; C = Conscienciosidade

**p<.01; *p<.05

Tabela 37. Correlação dos itens do domínio Extroversão com o total do seu domínio e dos restantes domínios (N=254)

Itens	N	E	O	A	C
2	,03	,65**	-,11	,01	,23**
7	,07	,79**	,10	-,04	,20**
12	-,04	,80**	,05	-,00	,35**
17	,15*	,73**	-,00	,03	,28**

Nota: N = Neuroticismo; E = Extroversão; O = Abertura; A = Amabilidade; C = Conscienciosidade

**p<.01; *p<.05

Tabela 38. Correlação dos itens do domínio Abertura à experiência com o total do seu domínio e dos restantes domínios (N=254)

Itens	N	E	O	A	C
3	,14*	-,05	,65**	,16*	-,10
8	,06	,16*	,24**	,05	,02
13	,00	-,09	,67**	,17**	-,08
18	,11	-,06	,77**	,20**	-,12

Nota: N = Neuroticismo; E = Extroversão; O = Abertura; A = Amabilidade; C = Conscienciosidade

**p<.01; *p<.05

Tabela 39. Correlação dos itens do domínio Amabilidade com o total do seu domínio e dos restantes domínios (N=254)

Itens	N	E	O	A	C
4	,02	,06	-,02	,40**	,08
9	,1	,11	,09	,50**	,07
14	,02	-,06	,27**	,58**	-,10
19	-,06	-,1	,12	,48**	-,12

Nota: N = Neuroticismo; E = Extroversão; O = Abertura; A = Amabilidade; C = Conscienciosidade

**p<.01; *p<.05

Tabela 40. Correlação dos itens do domínio Conscienciosidade com o total do seu domínio e dos restantes domínios (N=254)

Itens	N	E	O	A	C
5	-,07	,23**	-,11	,00	,68**
10	,08	,36**	-,06	-,01	,76**
15	,07	,26**	-,10	-,06	,72**

20 ,01 ,18** ,09 -,05 ,76**

Nota: N = Neuroticismo; E = Extroversão; O = Abertura; A = Amabilidade; C = Conscienciosidade

**p<.01; *p<.05

De modo a estudar a relação entre os diferentes domínios do NEO-FFI-20, elaborou-se a matriz de inter-correlações que é apresentada na tabela 49 (101).

A análise da tabela 49 (pág. 105) permite constatar que a generalidade dos domínios apresenta correlações baixas entre si, sendo a correlação mais alta entre o domínio *Extroversão* e *Conscienciosidade*, com o valor de ,35. Como se pode verificar, os valores de correlações são baixos entre os domínios do NEO-FFI-20, demonstrando que os conteúdos dos itens em cada domínio são diferentes dos pertencentes aos outros domínios. Este resultado reforça o da análise factorial evidenciando a independência dos domínios.

5.3. Análise do EDI-2

A análise dos factores totais do EDI-2 não é aconselhada pelos autores deste inventário, dado que todas as sub-escalas foram construídas de forma independente. Assim, tivemos em consideração os valores médios nas 11 sub-escalas do EDI-2, onde verificámos que a sub-escala B (Bulimia) revelou um valor médio mais elevado (4,97) que todas as outras. A sub-escala DI (Desconfiança Interpessoal) apresentou o valor médio mais baixo (3,29) de todo o instrumento.

Tabela 41. Média e desvio padrão das sub-escalas do EDI-2 (N=254)

Sub-escalas	Média	Desvio Padrão
DE	4,04	1,07
B	4,97	,74
IC	3,76	,41
I	4,00	,39
P	3,54	,79
DI	3,29	,47
ME	4,37	,62

MM	3,91	,61
As	4,66	,64
Im	4,54	,70
IS	3,54	,50

Nota: DE = Desejo de Emagrecer, B = Bulimia; IC = Insatisfação Corporal; I = Ineficácia; P = Perfeccionismo; DI = Desconfiança Interpessoal; ME = Mal-estar; MM = Medo da Maturidade; As = Ascetismo; Im = Impulsividade; IS = Insegurança Social

5.3.1 Estudo da precisão do EDI-2

A medida de precisão desses resultados foi obtida a partir dos coeficientes alfa de Cronbach. Obtivemos um alfa de Cronbach de 0,84 para a escala total.

A tabela 42 apresenta os coeficientes de precisão para os resultados das escalas do EDI-2.

Tabela 42. Coeficientes de precisão do EDI-2

Escalas	Alfa de Cronbach
Desejo de Emagrecer	,82
Bulimia	,83
Insatisfação Corporal	-,65
Ineficácia	,19
Perfeccionismo	,63
Desconfiança Interpessoal	,13
Mal-estar	,73
Medo da Maturidade	,14
Ascetismo	,64
Impulsividade	,80
Insegurança Social	,34

Como se pode verificar, os coeficientes alfa de Cronbach variam entre -.65 e .83. Os valores acima de .70 são considerados o mínimo aceitável para a precisão de uma escala (Maroco, 2007). As escalas Mal-estar, Impulsividade, Desejo de Emagrecer e Bulimia apresentam bons valores, podendo o seu resultado traduzir a

homogeneidade de conteúdo da escala. As restantes escalas, Insatisfação Corporal, Ineficácia, Perfeccionismo, desconfiança Interpessoal, Medo da Maturidade, Ascetismo e Insegurança Social, apresentam valores baixos, indicando uma baixa precisão nos resultados e mostrando uma baixa consistência interna. Estes resultados baixos podem dever-se a características da amostra, ao número elevado de itens para responder e ao cansaço no preenchimento dos questionários.

No seu conjunto, o EDI-2 apresenta um alfa de Cronbach de ,84, indicando uma boa consistência interna na generalidade das escalas. Apesar de apresentar uma boa consistência interna na generalidade das escalas, existem sub-escalas, como já referimos anteriormente, que necessitam de uma interpretação muito cautelosas dos resultados obtidos por apresentarem uma baixa precisão.

5.4. RESULTADOS

5.4.1 Análise correlacional entre os três instrumentos de avaliação

Tabela 43. Valores de correlações entre os factores do BIQ e o EDI-2 (N=254)

Eating Disorders Inventory (EDI-2)	
	<i>r</i>
Fechamento/Acessibilidade	,23**
Insatisfação/Satisfação	,18**
Passividade/Actividade	,27**
Tenso/Sereno	,22**

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson;

***p* < .01

O coeficiente de correlação de Pearson, entre os quatro factores do BIQ e as onze sub-escalas do EDI-2 mostrou a presença de correlações significativas (nível .01).

O factor Fechamento/Acessibilidade apresentou correlações positivas, fracas a moderadas, com sete sub-escalas do EDI-2. Salientamos as três correlações mais altas verificadas entre as sub-escalas: DE (Desejo de Emagrecer) com um valor de $r = ,30$, I (Ineficácia) um valor de $r = ,27$ e ME (Mal-estar) com um valor de $r = ,33$. Este factor também apresentou correlações negativas, fracas, com algumas das sub-escalas do EDI-2; destacamos as três correlações negativas verificadas entre as escalas: IC (Insatisfação Corporal) com um valor de $r = -,23$, DI (Desconfiança Interpessoal) um valor de $r = -,16$, e IS (Insegurança Social) com um valor de $r = -,24$. A única sub-escala em que não se verificou nenhuma correlação foi a P (Perfeccionismo), com um valor de $r = ,00$.

O factor Insatisfação/Satisfação apresentou correlações positivas muito fracas, com seis sub-escalas do EDI-2. Salientamos duas correlações positivas fracas mais elevadas entre as sub-escalas: (I) Ineficácia, com um valor de $r = ,20$, e ME (Mal-estar), com um valor de $r = ,27$. Obtiveram-se duas correlações negativas muito fracas entre as sub-escalas: IC (Insatisfação Corporal), com um valor de $r = -,20$, e (IS) Insegurança Social, com um valor de $r = -,18$.

O factor Passividade/Actividade apresentou correlações positivas, moderadas a fracas com sete sub-escalas do EDI-2. Salientamos as três correlações mais altas entre as sub-escalas: I (Ineficácia), com um valor de $r = ,31$, ME (Mal-estar), com um valor de $r = ,33$, e Impulsividade, com um valor de $r = ,26$. Apresentou também correlações negativas com três sub-escalas, salientando-se que a mais elevada se verifica na sub-escala (IS) Insegurança Social, com um valor de $r = -,19$.

O factor Tenso/Sereno, apresenta correlações positivas e negativas muito fracas. Salientamos duas correlações positivas e as duas correlações negativas, facto também verificado nos outros factores. As correlações positivas verificam-se entre as sub-escalas ME (Mal-estar), com um valor de $r = ,27$, e com a sub-escala Im (Impulsividade), com um valor de $r = ,24$. As correlações negativas são muito fracas e verificam-se entre as sub-escalas IC (Insatisfação Corporal), com um valor de $r = -,14$, e IS (Insegurança Social), com um valor de $r = -,16$.

Tabela 44. Valores de correlações entre o BIQ e o EDI-2 (N=254)

Body Image Questionnaire (BIQ)	
	<i>r</i>
DE	,26**
B	,23**
IC	-,24**
I	,32**
P	,12
DI	-,17**
ME	,40**
MM	,19**
A	,28**
Im	,26**
IS	-,26**

Nota: r = Coeficiente de Pearson;

** $p < .01$

DE = Desejo de Emagrecer; B = Bulimia; IC = Insatisfação Corporal; I = Ineficácia; P = Perfeccionismo; DI = Desconfiança Interpessoal; ME = Mal-estar; MM = Medo da Maturidade; A = Ascetismo; Im = Impulsividade; IS = Insegurança Social

O coeficiente de correlação de Pearson, entre as onze sub-escalas do EDI-2 e o BIQ, mostrou a presença de correlações significativas (nível .01), excepto na sub-escala P (Perfeccionismo).

A sub-escala Desejo de Emagrecer apresentou correlações positivas fracas com todos os factores do BIQ. Salienta-se a correlação moderada verificada no factor Fechamento/Acessibilidade, com um valor de $r = ,30$.

A sub-escala Bulimia apresentou correlações positivas fracas com todos os factores do BIQ. Salienta-se a correlação mais elevada no factor Fechamento/Acessibilidade, com um valor de $r = ,20$.

A sub-escala Insatisfação Corporal apresentou correlações negativas, fracas, com todos os factores do BIQ. Salienta-se a correlação mais elevada no factor Fechamento/Acessibilidade, com um valor de $r = -,23$.

A sub-escala Insatisfação apresentou correlações positivas, fracas, com todos os factores do BIQ. Salienta-se a correlação moderada verificada no factor Passividade/Actividade, com um valor de $r = ,31$.

A sub-escala Desconfiança Interpessoal apresentou correlações negativas, fracas, com todos os factores do BIQ. Salienta-se a correlação mais elevada no factor Fechamento/Acessibilidade, com um valor de $r = -,16$.

A sub-escala Mal-estar apresentou correlações positivas, fracas a moderadas, com todos os factores do BIQ. Salienta-se as correlações moderadas nos factores Fechamento/Acessibilidade, com um valor de $r = ,33$, e no factor Passividade/Actividade, com um valor de $r = ,33$.

A sub-escala Medo da Maturidade apresentou duas correlações positivas muito baixas com dois factores do BIQ, no factor Fechamento/Acessibilidade, com um valor de $r = ,19$, e no factor Passividade/Actividade, com um valor de $r = ,20$.

A sub-escala Ascetismo apresentou correlações positivas baixas com todos os factores do BIQ. Salienta-se a correlação mais alta no factor Fechamento/Acessibilidade, com um valor de $r = ,24$.

A sub-escala Impulsividade apresentou correlações positivas baixas com todos os factores do BIQ. Salienta-se a correlação mais alta no factor Passividade/Actividade, com um valor de $r = ,26$.

A sub-escala Insegurança Social apresentou correlações negativas baixas com todos os factores do BIQ. Salienta-se a correlação mais alta no factor Fechamento/Acessibilidade com um valor de $r = -,24$.

Tabela 45. Valores de correlações entre o NEO-FFI-20 e o EDI-2 (N=254)

Eating Disorders Inventory (EDI-2)	
	<i>r</i>
Neuroticismo	-,04
Extroversão	,10
Abertura à Experiência	-,14*
Amabilidade	-,04
Conscienciosidade	-,02

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson;

***p* < .01; **p* < .05

A dimensão Abertura à Experiência apresentou correlações negativas muito baixas com três sub-escalas do EDI-2: na sub-escala ME (Mal-estar), com um valor de $r = -,15$, na sub-escala A (Ascetismo), com um valor de $r = -,13$, e na sub-escala Im (Impulsividade), com um valor de $r = -,26$.

Apesar de não ter transparecido na tabela 45, ao verificar a tabela (correlacional), verificamos que a dimensão Extroversão apresentou correlações baixas, positivas e negativas. Evidencia-se a correlação negativa moderada na sub-escala Insegurança Social, com um valor de $r = -,36$.

Apesar de também não ter transparecido na tabela 45, ao verificar a tabela (correlacional), verificamos que a dimensão Conscienciosidade apresentou correlações baixas, positivas e negativas. Salienta-se a correlação negativa moderada verificado na sub-escala Insegurança Social, com um valor de $r = -,30$.

Tabela 46. Valores de correlações entre o NEO-FFI-20 e o BIQ (N=254)

Body Image Questionnaire (BIQ)	
	<i>r</i>
Neuroticismo	,04
Extroversão	,34**
Abertura à Experiência	-,18**
Amabilidade	-,09
Conscienciosidade	,22**

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson;

***p*<.01; **p*<.05

A dimensão Extroversão apresentou correlações positivas com todos os factores do BIQ. Salienta-se as correlações moderadas verificadas no factor Fechamento/Acessibilidade, com um valor de $r = ,46$, e no factor Passividade/Actividade, com um valor de $r = ,33$.

A dimensão Abertura à Experiência apresentou uma correlação negativa moderada entre o factor Insatisfação/Satisfação, com um valor de $r = -,41$.

A dimensão Conscienciosidade apresentou correlações positivas fracas nos quatro factores do BIQ. A correlação mais elevada verificou-se no factor Fechamento/Acessibilidade com um valor de $r = ,21$.

Tabela 47. Valores de correlações entre o NEO-FFI-20 e o BIQ (N=254)

NEO-FFI-20	
	<i>r</i>
Fechamento/Acessibilidade	,28 **
Insatisfação/Satisfação	-,09
Passividade/Actividade	,22**
Tenso/Sereno	,05

Nota: *r* = Coeficiente de Pearson;

***p*<.01; **p*<.05

O factor Fechamento/Acessibilidade apresenta correlações positivas, uma moderada e uma fraca, com duas dimensões do NEO-FFI-20. A correlação moderada verifica-se na dimensão Extroversão, com um valor de $r = ,42$. A correlação fraca é verificada na dimensão Conscienciosidade, com um valor de $r = ,21$.

O factor Passividade/Actividade apresenta correlações positivas, uma moderada e uma fraca, com duas dimensões do NEO-FFI-20. A correlação moderada verifica-se na dimensão Extroversão, com um valor de $r = ,33$. A correlação fraca é verificada na dimensão Conscienciosidade, com um valor de $r = ,14$.

Tabela 48. Valores de correlações entre o EDI-2 e o NEO-FFI-20 (N=254)

	NEO-FFI-20
	<i>r</i>
DE	,09
B	,06
IC	-,19**
I	,10
P	-,16**
DI	-,23**
ME	,07
MM	,05
A	,02
Im	-,03
IS	-,25**

Nota: r = Coeficiente de Pearson;

** $p < .01$; * $p < .05$

DE = Desejo de Emagrecer; B = Bulimia; IC = Insatisfação Corporal; I = Ineficácia; P = Perfeccionismo; DI = Desconfiança Interpessoal; ME = Mal-estar; MM = Medo da Maturidade; A = Ascetismo; Im = Impulsividade; IS = Insegurança Social

A sub-escala Desejo de Emagrecer apresentou uma única correlação, positiva e muito fraca com a dimensão Extroversão com um valor de $r = ,14$.

A sub-escala Bulimia apresentou uma única correlação, positiva e fraca com a dimensão Extroversão com um valor de $r = ,17$.

A sub-escala Insatisfação Corporal apresentou correlações negativas fracas, com duas dimensões do NEO-FFI-20. Salienta-se as duas correlações nas dimensões

Extroversão com um valor de $r = -,23$, e na dimensão Conscienciosidade, com um valor de $r = -,15$.

A sub-escala Ineficácia apresentou uma única correlação, positiva e fraca com a dimensão Extroversão, com um valor de $r = ,21$.

A sub-escala Perfeccionismo apresentou uma única correlação, negativa e fraca com a dimensão Conscienciosidade, com um valor de $r = -,28$.

A sub-escala Desconfiança Interpessoal apresentou duas correlações negativas fracas em duas dimensões do NEO-FFI-20. Verificaram-se as correlações na dimensão Extroversão com um valor de $r = -,28$, e na dimensão Conscienciosidade, com um valor de $r = -,21$, e a correlação negativa e muito fraca na dimensão Abertura à Experiência, com um valor de $r = -,15$.

A sub-escala Mal-estar apresentou três correlações fracas, duas positivas e uma negativa. Verificaram-se as correlações na dimensão Extroversão, com um valor de $r = ,22$, na dimensão Conscienciosidade, com um valor de $r = ,19$, e a correlação negativa e muito fraca na dimensão Abertura à Experiência, com um valor de $r = -,15$.

A sub-escala Impulsividade apresentou duas correlações positivas baixas e uma correlação negativa com três dimensões do NEO-FFI-20. Verificaram-se as correlações na dimensão Extroversão, com um valor de $r = ,14$, na dimensão Conscienciosidade com um valor de $r = ,23$, e a correlação negativa na dimensão Abertura à Experiência, com um valor de $r = -,26$.

A sub-escala Insegurança Social apresentou duas correlações negativas moderadas nas dimensões Extroversão e Conscienciosidade, com valores de $r = -,36$, $r = -,30$, respectivamente.

Tabela 49. Valores de correlações entre o BIQ, o EDI-2 e o NEO-FFI-20, média e desvio padrão (N=254)

	F.A	I.S	P.A	T.S	DE	B	IC	I	P	DI	ME	MM	As	Im	IS	Neur	Extro	Abert	Amab	Cons
F.A	-	,46**	,52**	,45**	,30**	,20**	-,23**	,27**	,00	-,16**	,33**	,19**	,24**	,13*	-,24**	,11	,42**	-,02	-,06	,21**
I.S		-	,24**	,35**	,15*	,15*	-,20**	,20**	,11	-,02	,27**	,09	,19**	,16**	-,18**	,04	,14**	-,41**	-,11	,17**
P.A			-	,49**	,19*	,18*	-,12*	,31**	,12*	-,14*	,33**	,20**	,22**	,26**	-,19**	,00	,33**	,07	-,04	,14*
T.S				-	,13*	,16*	-,14*	,22**	,14*	-,11	,27**	,12	,22**	,24**	-,16*	-,05	,15*	-,08	-,04	,13*
DE					-	,59**	-,05	,33**	,16*	-,05	,51**	,07	,43**	,25**	-,19**	,04	,14*	,03	-,00	,04
B						-	-,01	,43**	,17**	-,09	,56**	,09	,56**	,40**	-,26**	-,05	,17**	-,03	-,02	,08
IC							-	,06	,03	,28**	,02	,10	,02	,08	,35**	-,06	-,23**	-,05	,00	-,15*
I								-	,28**	,05	,51**	,14*	,48**	,38**	-,02	,06	,21**	-,08	,01	-,03
P									-	,15*	,30**	,15*	,26**	,20**	,06	-,05	-,00	-,17	,00	-,28**
DI										-	-,04	-,06	-,02	-,05	,38**	-,05	-,28**	-,02	-,05	-,21**
ME											-	,21**	,66**	,56**	-,24**	-,01	,22**	-,15*	-,09	,19**
MM												-	,22**	,18**	-,01	,05	,13*	-,06	-,02	,03
As													-	,63**	-,16*	-,02	,17**	-,13*	-,07	,13*
Im														-	-,18**	-,10	,14*	-,26**	-,09	,23**
IS															-	-,08	-,36**	,03	,07	-,30**
Neurot																-	,08	,14*	,05	,03
Extrov																	-	-,01	-,00	,35**

	Abert	Amab	Consc																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
--	-------	------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nota: F.A = Fechamento/Acessibilidade; I.S = Insatisfação/Satisfação; P.A = Passividade/Atividade; T.S = Tenso/Sereno; N = Neuroticismo; E = Extroversão; O =

Abertura à Experiência; A = Amabilidade; C = Conscienciosidade; DE = Desejo de Emagrecer; B = Bulimia; IC = Insatisfação Corporal; I = Ineficácia; P = Perfeccionismo; DI = Desconfiança Interpessoal; ME = Mal-estar; MM = Medo da Maturidade; A = Ascetismo; Im = Impulsividade; IS = Insegurança Social

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

5.4.2 Estudo das diferenças entre grupos nos factores do BIQ

Tendo-se realizado uma primeira abordagem ao estudo das características psicométricas das medidas utilizadas era agora possível passar à fase seguinte, momento este que procurava analisar quais as diferenças na imagem corporal em sujeitos de ambos os géneros, de diferentes idades e frequentando cursos diversos.

A comparação da significância estatística para a diferença entre as médias de resultados, tendo em conta as variáveis independentes género e curso frequentado, fez-se a partir de metodologias de análise de variância simples (ANOVA). Posteriormente, realizaram-se comparações múltiplas para compreender a natureza das diferenças significativas em cada uma das variáveis estudadas. Estas comparações foram feitas através do teste Tukey, que é considerado o mais adequado quando é necessário fazer muitas comparações entre pares de médias (Maroco, 2007).

Para cada uma das variáveis independentes (género, idade e curso), foram comparadas, ainda, as médias de resultados ao nível dos itens em cada um dos factores e os níveis de significância dessas médias, de modo a compreender o valor discriminativo dos itens. No entanto, estamos cientes das limitações que este tipo de análise pode ter, no sentido em que é fundamental ter em conta o peso do conjunto de itens no factor para conseguir resultados suficientemente estáveis e susceptíveis de interpretações.

A tabela 50 apresenta a média e o desvio padrão dos resultados nos quatro factores do BIQ, na amostra total e nas sub-amostras dos géneros feminino e masculino. Apresentam-se, ainda, os índices de significância das diferenças entre a média de resultados para a variável género.

Tabela 50. Média, desvio padrão e Índice de significância nos factores do BIQ e Género (N=254)

Factores	Total		F		M		F
	N=254		n=191		n= 63		
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	
F.A	3,76	,73	3,63	,71	4,13	,64	24,95**
I.S	3,68	,89	3,64	,83	3,78	1,06	1,10
P.A	3,53	,58	3,43	,59	3,84	,40	25,65**
T.S	4,17	,61	4,12	,63	4,34	,52	6,33**

Nota: F = Feminino; M = Masculino; F.A = Fechamento/Acessibilidade; I.S = Insatisfação/Satisfação; P.A = Passividade/Actividade; T.S = Tenso/Sereno

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tendo em conta a média dos resultados nos factores do BIQ, verifica-se que os valores medianos estão próximos uns dos outros, sendo a média mais alta no factor Tenso/Sereno.

No entanto, os resultados apontam para a existência de diferenças significativas entre o género nos factores Fechamento/Acessibilidade, $F(1,253) = 24,95$, $p < .01$. Estes resultados demonstram que os rapazes têm níveis de Acessibilidade mais elevados do que as raparigas. No factor Passividade/Actividade, $F(1,253) = 25,65$, $p < .01$, os resultados demonstram que os rapazes são mais activos do que as raparigas. No factor Tenso/Sereno, $F(1,253) = 6,33$, $p < .01$, as diferenças mostram que os rapazes são mais serenos do que as raparigas.

Tabela 51. Média, desvio padrão e índice de significância nos factores do BIQ e Grupos de Idade ($N=254$)

Factores	Total		[18-21]		[22-25]		[26-29]		[30-33]		[35-49]		F
	N=254		n=168		n=56		n=13		n=10		n=7		
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	
F.A	3,76	,73	3,73	,72	3,70	,78	4,03	,73	4,04	,40	4,06	,76	1,32
I.S	3,68	,89	3,62	,85	3,78	,94	4,23	,83	3,53	1,3	3,39	,97	1,87
P.A	3,53	,58	3,50	,56	3,53	,65	3,78	,55	3,77	,35	3,50	,59	1,15
T.S	4,17	,61	4,20	,56	4,13	,70	4,10	,80	4,37	,46	3,86	,60	,92

Nota: F.A = Fechamento/Acessibilidade; I.S = Insatisfação/Satisfação; P.A = Passividade/Actividade; T.S = Tenso/Sereno

* $p < .05$; ** $p < .01$

A tabela 51 apresenta a média e o desvio padrão dos resultados nos quatro factores do BIQ, na amostra total e nas sub-amostras dos grupos de idade. Apresentam-se, ainda, os índices de significância das diferenças entre a média de resultados para os grupos de idades. Os resultados obtidos demonstram que não existem diferenças significativas da média dos resultados entre os factores do BIQ e o grupo de idades, o que parece indicar que a imagem do corpo não se relaciona com a idade.

Tabela 52. Média, desvio padrão e índice de significância nos factores do BIQ e Cursos (N=254)

Factor es	Total		R.P.		E		D		P		A		F
	N=254		n=36		n=97		n=40		n=55		n=26		
	M	D. P	M	D. P	M	D. P	M	D. P	M	D. P	M	D. P	
F.A	3,7	,73	3,8	,54	3,6	,75	4,1	,70	3,6	,76	3,5	,60	4,99**
I.S	3,6	,89	4,0	,58	3,8	,73	3,9	,86	3,7	,69	2,1	,64	36,46
P.A	3,5	,58	3,5	,53	3,4	,58	3,7	,46	3,4	,53	3,5	,79	2,465
T.S	4,1	,61	4,3	,53	4,1	,56	4,3	,62	4,1	,67	3,9	,70	2,07

Nota: R.P. = Reabilitação Psicomotora; E = Enfermagem; D = Desporto; P = Psicologia; A = Artes; F.A = Fechamento/Acessibilidade; I.S = Insatisfação/Satisfação; P.A = Passividade/Actividade; T.S = Tenso/Sereno

* $p < .05$; ** $p < .01$

A tabela 52 apresenta a média e o desvio padrão dos resultados nos quatro factores do BIQ, na amostra total e nas sub-amostras de cursos frequentados. Apresentam-se, ainda, os índices de significância das diferenças entre a média de resultados para os cursos frequentados. Os resultados revelam diferenças significativas da média dos resultados nos factores Fechamento/Acessibilidade, Insatisfação/Satisfação e Passividade/Actividade.

Os resultados obtidos no factor Fechamento/ Acessibilidade, $F(4,253) = 4,99$, $p < .01$, demonstram que os cursos Desporto e Artes, Desporto e Psicologia e Enfermagem e Desporto apresentam diferenças significativas, sendo favoráveis ao curso de Desporto, que apresenta níveis de Acessibilidade mais elevados.

Os resultados obtidos no factor Insatisfação/Satisfação, $F(4,253) = 36,46$, $p < .01$, demonstra que o curso Artes apresenta diferenças significativas com todos os restantes cursos, sendo os resultados mais favoráveis ao curso de Reabilitação Psicomotora, que apresenta níveis de Satisfação com o seu corpo mais elevados. Entretanto, o curso de Artes apresenta a média mais baixa, demonstrando que os seus alunos são os mais insatisfeitos com o seu corpo.

Os resultados obtidos no factor Passividade/Actividade, $F(4,253) = 2,465$, $p < .05$, demonstram que os cursos Enfermagem e Desporto apresentam diferenças significativas, sendo os resultados favoráveis ao curso de Desporto, que parece apresentar níveis de Actividade mais elevados, mostrando, desta forma, que os alunos

de desporto são mais activos do que os restantes estudantes que frequentam outros cursos.

5.4.3 Estudo das diferenças entre grupos nas dimensões do NEO-FFI-20

No seguimento do estudo das diferenças entre grupos, seguimos o procedimento adoptado anteriormente. Realizou-se uma primeira abordagem ao estudo dos itens e das dimensões do NEO-FFI-20, sendo agora possível passar à fase seguinte, que procurava analisar quais as diferenças nos traços de personalidade em sujeitos de ambos os géneros, de diferentes idades e frequentando cursos diversos.

A tabela 53 apresenta a média e o desvio padrão dos resultados nas cinco dimensões do NEO-FFI-20 na amostra total e nas sub-amostras de sujeitos do género feminino e do género masculino. Apresentam-se, ainda, os índices de significância das diferenças entre a média de resultados para os dois géneros.

Tabela 53. Média, desvio padrão e índice de significância nas dimensões do NEO-FFI-20 e Género (N=254)

Dimensões	Total		F		M		F
	N=254		n=191		n= 63		
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	
N	3,07	,49	3,04	,47	3,14	,54	1,90
E	3,67	,64	3,63	,65	3,80	,60	3,27
O	2,92	,66	2,88	,65	3,06	,68	3,55
A	2,98	,50	2,94	,48	3,10	,53	4,97*
C	3,74	,54	3,72	,53	3,82	,57	1,54

Nota: F = Feminino; M = Masculino; N = Neuroticismo; E = Extroversão; O = Abertura à Experiência; A = Amabilidade; C = Conscienciosidade

* p < .05; ** p < .01

Tendo em conta a média dos resultados nas dimensões do NEO-FFI-20, verifica-se que os valores medianos estão próximos uns dos outros, sendo as médias mais baixas nas dimensões Abertura e Amabilidade.

No entanto, existem diferenças significativas da média dos resultados nas dimensões entre os géneros em relação à dimensão Amabilidade, $F(1,253)= 4,97$, $p<.05$. Estes resultados apresentam-se favoráveis aos rapazes. Assim, os resultados sugerem que os rapazes têm níveis de Amabilidade mais elevados do que as raparigas.

Tabela 54. Média, desvio padrão e índice de significância nas Dimensões do NEO-FFI-20 e Grupos de Idade ($N=254$)

Dimensões	Total		[18-21]		[22-25]		[26-29]		[30-33]		[35-49]		F
	N=254		n=168		n=56		n=13		n=10		n=7		
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	
N	3,07	,49	3,07	,51	3,07	,51	3,12	,36	2,98	,34	2,89	,35	,34
E	3,67	,64	3,70	,65	3,52	,63	3,79	,44	3,68	,76	3,25	,25	2,05
O	2,92	,66	2,90	,68	3,04	,68	2,65	,41	3,03	,66	2,82	,28	1,08
A	2,98	,50	2,93	,48	2,79	,48	2,79	,32	3,15	,70	3,4	,34	1,35
C	3,74	,54	3,74	,54	3,65	,50	3,96	,53	4,15	,54	3,5	,56	2,77*

Nota: N = Neuroticismo; E = Extroversão; O = Abertura à Experiência; A = Amabilidade; C = Conscienciosidade

* $p < .05$; ** $p < .01$

A tabela 54 apresenta a média e o desvio padrão dos resultados nas cinco dimensões do NEO-FFI-20 na amostra total e nas sub-amostras de grupos de idade. Apresentam-se, ainda, os índices de significância das diferenças entre a média de resultados para os grupos de idades. Os resultados indicam que existem diferenças significativas da média dos resultados na dimensão Conscienciosidade, $F(4,253)= 2,77$, $p<.05$, entre o grupo de idades [22-25] e entre o grupo [30-33], sendo a média mais favorável ao grupo de idade [30-33], o que nos revela que o grupo dos [30-33] têm níveis de Conscienciosidade mais elevados.

Tabela 55. Média, desvio padrão e índice de significância nas dimensões do NEO-FFI-20 e curso frequentado (N=254)

	Total		R.P.		E		D		P		A		
	N=254		n=36		n=97		n=40		n=55		n=26		
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	F
N	3,07	,49	3,14	,44	3,07	,46	3,08	,49	2,95	,45	3,14	,70	1,08
E	3,67	,64	3,5	,55	3,62	,63	3,9	,60	3,72	,69	3,63	,72	2,21
O	2,92	,66	2,58	,43	2,83	,45	2,98	,45	2,67	,46	4,19	,77	52,61**
A	2,98	,50	2,95	,43	2,98	,41	3,07	,51	2,81	,42	3,24	,81	3,95**
C	3,74	,54	3,70	,59	3,75	,53	3,84	,45	3,78	,54	3,56	,62	1,19

Nota: R.P.= Reabilitação Psicomotora; E = Enfermagem; D = Desporto; P = Psicologia; A = Artes; N = Neuroticismo; E = Extroversão; O = Abertura à Experiência; A = Amabilidade; C= Conscienciosidade

* $p < .05$; ** $p < .01$

A tabela 55 apresenta a média e o desvio padrão dos resultados nas cinco dimensões do NEO-FFI-20 na amostra total e nas sub-amostras de cursos frequentados. Apresentam-se, ainda, os índices de significância das diferenças entre a média de resultados para os cursos. Os resultados apontam para a existência de diferenças significativas da média dos resultados nas dimensões Abertura à Experiência e Amabilidade.

Na dimensão Abertura, $F(4,253) = 52,60$, $p < .01$, o curso de Artes apresenta diferenças significativas com todos os cursos, havendo também diferenças significativas entre o curso de Desporto com Reabilitação Psicomotora, e também com Psicologia. A média entre os diferentes cursos torna o curso de Artes como tendo os estudantes que apresentam maiores níveis de Abertura à experiência.

Na dimensão Amabilidade, $F(4,253) = 3,95$, $p < .01$, os cursos Psicologia e Artes apresentam diferenças significativas, sendo mais favorável ao curso Artes, que apresenta uma média de respostas de 3,24, demonstrando que o curso de Artes tem níveis de Amabilidade mais altos.

5.4.4 Estudo das diferenças entre grupos nas escalas do EDI-2

No seguimento do estudo das diferenças entre grupos, realizou-se uma primeira abordagem ao estudo dos itens e das escalas do EDI-2, sendo agora

possível passar à fase seguinte, que procurava analisar quais as diferenças nos traços de personalidade em sujeitos de ambos os géneros, de diferentes idades e frequentando cursos diversos.

A tabela 56 apresenta a média e o desvio padrão dos resultados nas onze sub-escalas do EDI-2 na amostra total e nas sub-amostras de sujeitos do género feminino e do género masculino. Apresentam-se ainda os índices de significância das diferenças entre a média de resultados para os dois géneros.

Tabela 56. Média, desvio padrão e índice de significância nas sub-escalas do EDI-2 e Género (N=254)

Sub-escalas	Total N=254		F n=191		M n= 63		F
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	
DE	4,04	1,07	3,8	1,10	4,65	,72	29,69**
B	4,97	,74	4,9	,76	5,06	,66	1,09
IC	3,76	,41	3,77	,39	3,74	,49	,20
I	4,00	,39	3,98	,37	4,05	,44	1,49
P	3,54	,79	3,56	,76	3,49	,87	,35
DI	3,29	,47	3,29	,47	3,29	,47	,001
ME	4,37	,62	4,30	,62	4,59	,58	10,62**
MM	3,91	,61	3,92	,66	3,90	,44	,05
A	4,66	,64	4,70	,63	4,5	,66	3,01
Im	4,54	,70	4,57	,65	4,46	,84	1,23
IS	3,54	,50	3,57	,48	3,46	,57	2,18

Nota: F = Feminino; M = Masculino; DE = Desejo de Emagrecer; B = Bulimia; IC = Insatisfação Corporal; I = Ineficácia; P = Perfeccionismo; DI = Desconfiança Interpessoal; ME = Mal-estar; MM = Medo da Maturidade; A = Ascetismo; Im = Impulsividade; IS = Insegurança Social

* p < .05; ** p < .01

A tabela 56 apresenta a média e o desvio padrão dos resultados nas onze sub-escalas do EDI-2 na amostra total e nas sub-amostras entre o género feminino e o masculino. Apresentam-se, ainda, os índices de significância das diferenças entre a média de resultados para os géneros. Os resultados demonstram que existem

diferenças significativas da média dos resultados das escalas entre a sub-escala Desejo de Emagrecer e na sub-escala Mal-estar.

Na sub-escala Desejo de Emagrecer $F(1,253)= 29.69$, $p<.01$, os resultados apontam que os rapazes apresentam uma maior preocupação com o peso e com a dieta do que as raparigas.

Na sub-escala Mal-estar $F(1,253)= 10,62$, $p<.01$, os resultados apontam que os rapazes apresentam um sentimento maior de relutância para ter relações próximas do que as raparigas.

Tabela 57. Média, desvio padrão e índice de significância nas sub-escalas do EDI-2 e Grupos de Idade (N=254)

Sub-escalas	Total		[18-21]		[22-25]		[26-29]		[30-33]		[35-49]		F
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	
DE	4,04	1,1	3,99	1,09	3,96	1,1	4,32	,97	4,59	,63	4,69	,68	1,72
B	4,97	,74	4,9	,76	4,99	,73	5,27	,54	5,44	,48	5,08	,86	1,94
IC	3,76	,41	3,78	,39	3,74	,42	3,70	,45	3,43	,37	4,02	,64	2,53*
I	4,00	,39	3,99	,38	3,98	,48	4,13	,31	4,01	,20	4,14	,15	,65
P	3,54	,79	3,49	,82	3,60	,71	3,63	,79	3,81	,66	3,86	,66	,88
DI	3,29	,47	3,30	,48	3,32	,42	3,18	,65	3,11	,34	3,24	,51	,61
ME	4,37	,62	4,31	,63	4,42	,63	4,71	,55	4,56	,42	4,44	,60	1,68
MM	3,91	,61	3,89	,43	3,95	1,0	4,07	,36	3,86	,43	3,91	,60	,32
A	4,66	,64	4,63	,62	4,67	,70	4,90	,45	4,79	,57	4,70	,83	,65
Im	4,54	,70	4,48	,71	4,60	,65	4,90	,72	4,87	,55	4,60	,73	1,9
IS	3,54	,50	3,56	,511	3,50	,46	3,46	,57	3,28	,50	3,48	,37	,87

DE = Desejo de Emagrecer; B= Bulimia; IC = Insatisfação Corporal; I= Ineficácia; P = Perfeccionismo; DI = Desconfiança Interpessoal; ME = Mal-estar; MM = Medo da Maturidade; A = Ascetismo; Im = Impulsividade; IS = Insegurança Social

* $p < .05$; ** $p < .01$

A tabela 57 apresenta a média e o desvio padrão dos resultados nas onze escalas do EDI-2 na amostra total e nas sub-amostras dos grupos de idade. Apresentam-se, ainda, os índices de significância das diferenças entre a média de resultados para os grupos de idades. Os resultados demonstram que existem diferenças significativas da média dos resultados entre a sub-escala Insatisfação Corporal, $F(4,253)= 2,53$, $p<.05$, e o grupo de idades [30-33] e [35-49]. Os resultados

são mais favoráveis ao grupo dos 35 aos 49 anos, o que indica que são os mais insatisfeitos com o seu corpo.

Tabela 58. Média, desvio padrão e índice de significância nas sub-escalas do EDI-2 e cursos frequentados (N=254)

Sub-escalas	Total		R.P.		E		D		P		A		F
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	M	D.P	
DE	4,04	1,07	4,15	,91	3,93	1,1	4,53	,86	3,75	1,14	4,18	1,10	3,68**
B	4,97	,74	5,2	,52	4,83	,87	4,95	,73	5,08	,65	4,99	,59	2,11
IC	3,76	,41	3,69	,42	3,78	,40	3,78	,50	3,80	,37	3,72	,43	,51
I	4,00	,39	4,02	,34	3,96	,42	4,11	,41	4,01	,31	3,94	,47	1,25
P	3,54	,79	3,69	,78	3,47	,70	3,60	,70	3,69	,80	3,22	1,07	2,18
DI	3,29	,47	3,29	,45	3,26	,51	3,43	,48	3,26	,40	3,23	,44	1,09
ME	4,37	,62	4,45	,60	4,31	,59	4,61	,61	4,39	,58	4,06	,73	3,66**
MM	3,91	,61	3,96	,42	3,84	,44	3,92	,50	4,03	1,00	3,89	,40	,90
A	4,66	,64	4,94	,48	4,61	,63	4,53	,79	4,77	,57	4,42	,59	3,83**
Im	4,54	,70	4,75	,47	4,49	,59	4,56	,91	4,71	,60	4,16	,97	3,90**
IS	3,54	,50	3,57	,49	3,56	,48	3,48	,57	3,49	,52	3,62	,45	0,51

Nota: R.P. = Reabilitação Psicomotora; E = Enfermagem; D = Desporto; P = Psicologia; A = Artes; DE = Desejo de Emagrecer; B = Bulimia; IC = Insatisfação Corporal; I = Ineficácia; P = Perfeccionismo; DI = Desconfiança Interpessoal; ME = Mal-estar; MM = Medo da Maturidade; A = Ascetismo; Im = Impulsividade; IS = Insegurança Social

* p < .05; ** p < .01

A tabela 58 apresenta a média e o desvio padrão dos resultados nas onze escalas do EDI-2 na amostra total e nas sub-amostras dos cursos. Apresentam-se, ainda, os índices de significância das diferenças entre a média de resultados para os cursos frequentados.

Os resultados demonstram que existem diferenças significativas da média dos resultados entre as sub-escalas Desejo de Emagrecer, Mal-estar, Ascetismo e Impulsividade.

Na sub-escala Desejo de Emagrecer $F(4,253) = 3,675$, $p < .01$, os resultados apontam para a existência de diferenças significativas entre o curso de Desporto com os cursos Enfermagem e Psicologia, sendo o Desejo de Emagrecer com uma média de respostas mais elevadas no curso de Desporto, demonstrando que os estudantes

que frequentam o curso de Desporto se preocupam mais com o seu peso do que os restantes alunos.

Na sub-escala Mal-estar $F(4,253)= 3,655$, $p<.01$, os resultados demonstram que existem diferenças significativas entre o curso de Desporto e Artes, sendo favorável a Desporto que possui uma média mais elevada. O que nos indica que o curso de Desporto apresenta um sentimento maior de relutância para ter relações próximas do que as raparigas.

Na sub-escala Ascetismo $F(4,253)= 3,831$, $p<.01$, os resultados demonstram que existem diferenças significativas entre o curso de Reabilitação Psicomotora com os cursos de Enfermagem, Desporto e Artes, sendo favorável a Reabilitação Psicomotora, que possui uma média mais elevada, indicando que os estudantes de Reabilitação Psicomotora avaliam tentativas de procurar virtudes através de ideias espirituais mais frequentemente do que os restantes estudantes que frequentam outros cursos.

Na sub-escala Impulsividade $F(4,253)= 3,893$, $p<.01$, os resultados sugerem que existem diferenças significativas entre o curso de Artes com Reabilitação Psicomotora e Psicologia; o curso de Artes apresenta uma média nas respostas mais elevada, demonstrando, desta forma, que os alunos de Artes apresentando valores mais elevados de Impulsividade.

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Com este estudo pretendemos encontrar relações entre a imagem do corpo e as características psicológicas frequentemente associadas às perturbações alimentares. Pretendemos ainda estudar a relação de traços de personalidade com a imagem do corpo, e com características psicológicas associadas às perturbações alimentares, embora se tratasse de uma amostra não clínica.

Uma das importantes dimensões do nosso estudo teve a ver com a análise das características psicométricas dos instrumentos utilizados na população portuguesa. No caso do BIQ, os resultados obtidos evidenciam indicadores psicométricos aceitáveis. Quanto à consistência interna dos factores, os índices de precisão (alfa de Cronbach), são entre ,51 e ,79. Para questionário completo, obtivemos um alfa de Cronbach de 0,85. No seu conjunto, estes resultados são um indicador de uma boa consistência interna na generalidade dos factores. Os itens dos diferentes factores também revelaram bons indicadores da homogeneidade dos factores, ou seja, correlações mais elevadas com o total do seu factor do que com o total dos restantes factores, e as correlações médias inter-itens maiores que ,35 e menores que ,42.

Em relação ao NEO-FFI-20, os resultados obtidos evidenciam indicadores psicométricos pouco adequados. Quanto à consistência interna dos domínios, os índices de precisão (alfa de Cronbach), são entre -,17 e ,73. Para a escala completa, obtivemos um alfa de Cronbach de 0,46. No seu conjunto, estes resultados são um indicador de uma baixa consistência interna na generalidade dos domínios, apesar de termos obtido uma distribuição dos itens pelos domínios, quase semelhante à distribuição alcançada pelos autores. Os itens dos diferentes domínios revelaram bons indicadores da homogeneidade dos domínios, ou seja, correlações mais elevadas com o total do seu domínio do que com o total dos restantes domínios, e as correlações médias inter-itens maiores que ,29 e menores que ,38. Estes indicadores psicométricos apontam para a necessidade de haver uma interpretação muito cautelosa dos resultados obtidos através desta medida.

No que diz respeito ao Eating Disorders Inventory -2, os resultados obtidos evidenciam alguma fragilidade dos indicadores psicométricos. Quanto à consistência interna das escalas, os índices de precisão (alfa de Cronbach), são entre -,65 e ,83. As sub-escalas que apresentam fragilidade nos indicadores psicométricos dizem respeito às sub-escalas Insatisfação Corporal, Ineficácia, Perfeccionismo, Desconfiança Interpessoal, Medo da Maturidade, Ascetismo e Insegurança Social. As sub-escalas

que apresentam bons indicadores psicométricos dizem respeito às sub-escalas Desejo de Emagrecer, Bulimia, Mal-estar e Impulsividade. Para a escala completa, obtivemos um alfa de Cronbach de 0,84. No seu conjunto, os resultados relativos às características psicométricas das medidas utilizadas, especialmente no que diz respeito à consistência interna de algumas sub-escalas, apontam para a necessidade de uma interpretação cautelosa dos resultados obtidos.

Da análise dos dados recolhidos, apresentada no capítulo precedente, constatámos que existem correlações, estatisticamente significativas, entre todos os factores da Imagem do Corpo com algumas características do comportamento alimentar. Encontrámos correlações entre a Imagem Corporal e as dimensões de Personalidade, Extroversão, Abertura à Experiência e Conscienciosidade. Em relação ao Comportamento Alimentar e aos Traços de Personalidade, encontrámos correlações entre a dimensão Abertura à experiência e o comportamento alimentar disfuncional.

De modo a que esta discussão se possa tornar mais clara, acreditamos ser benéfico apresentar as nossas considerações organizadas em torno de cada uma das correlações que se sobressaíram no grupo de estudo.

Verificámos que existem correlações positivas, estatisticamente significativas, entre todos os factores da Imagem Corporal e o Comportamento Alimentar. Esta correlação indica-nos que uma boa imagem corporal está correlacionada com um comportamento alimentar adequado. Estes resultados estão em acordo com o estudo de Oliveira *et al.* (2003), apesar dos participantes no momento não sinalizarem a presença de perturbações alimentares, os resultados mostraram evidências da presença de preocupações com o peso, associadas à leve distorção da imagem corporal. Também na investigação de Mintz e Betz (citado por Lietchy, 2004), o grau de perturbação alimentar foi altamente correlacionado com uma imagem corporal negativa. Tal como verificámos no nosso estudo, embora com uma correlação baixa, a imagem corporal negativa correlaciona-se com perturbações alimentares.

Estudos prospectivos e outras pesquisas implicaram emocionalidade negativa, perfeccionismo, desejo de emagrecer, consciência interoceptiva pobre e ineficácia como prováveis factores predisponentes, que podem aumentar o risco de desenvolver um distúrbio alimentar (Linlenfeld *et al.*, 2006).

O factor Fechamento/Acessibilidade apresenta-se correlacionado positivamente com o comportamento alimentar disfuncional. Salientamos as correlações nas sub-escalas Desejo em Emagrecer, Ineficácia e Mal-estar. Parece-nos que os indivíduos mais comunicativos, sociáveis e acessíveis são mais receptivos a experiências corporais de ordem sensorial, sensual e estética sentindo uma maior preocupação em perder peso, revelando-se mais ineficazes e apresentando maiores dificuldades em reconhecer e identificar emoções e sensações. Segundo o estudo de Fernandes (2007), o indivíduo sente-se insatisfeito com a sua aparência a partir de conceitos sociais em que o ideal de um corpo magro é o valorizado nas sociedades ocidentais. Queremos também salientar a correlação negativa entre o factor Fechamento/Acessibilidade e a sub-escala Insatisfação Corporal, o que nos indica que os indivíduos que são mais acautelados demonstram uma maior insatisfação com o seu corpo. Assim, podemos basear-nos na investigação de Bruchon-Schweitzer (1987), que evidencia que os indivíduos mais fechados recusam experiências de ordem sensorial, sensual e estética, podendo ser devido à insatisfação que sentem em relação ao seu corpo.

O factor Insatisfação/Satisfação apresenta-se correlacionado positivamente com o comportamento alimentar disfuncional. Salientamos a correlação deste factor com a escala Mal-estar, o que nos indica que as pessoas mais satisfeitas com as condições e meio social no qual se inserem sentem dificuldades em se sentir confortáveis. McCabe e Ricciadelli (citado por Carmo, 2006), na sua investigação, chegaram à conclusão que as mulheres são menos satisfeitas com os seus corpos e adoptam estratégias para perder peso, enquanto os homens escolhem estratégias para aumentar a massa corporal. Segundo o estudo de Garner e Garfinkel (1982), a Insatisfação Corporal pode ter um papel importante na percepção incorrecta do tamanho do corpo na anorexia nervosa, particularmente, quando está presente uma grande preocupação com a forma do corpo, fazendo com que os indivíduos se sintam desconfortáveis com o seu corpo.

O factor Passividade/Actividade é o factor que revela uma correlação mais forte com o comportamento alimentar disfuncional. Salientamos as correlações com as sub-escalas Ineficácia, Mal-estar e Impulsividade. Desta forma, os indivíduos que são mais activos e energéticos são os que se descrevem como sendo mais impulsivos para agir, podendo despoletar sentimentos de ineficácia.

Por sua vez, o factor Tenso/Sereno está correlacionado positivamente com o comportamento alimentar disfuncional. Salientamos as correlações com as sub-

escalas Mal-estar, o que nos revela que os indivíduos que apresentam uma tendência a serem mais tranquilos têm dificuldade em avaliarem emoções e sensações.

Identificámos no nosso estudo que, exceptuando a sub-escala Perfeccionismo, todas as sub-escalas do comportamento alimentar estão correlacionadas com a Imagem Corporal. Segundo Shankar, Dilworth e Cone (2004), algumas características psicológicas têm sido associadas ao desenvolvimento de perturbações alimentares, tais como o perfeccionismo.

Segundo o estudo de Bosi *et al.* (2008), a literatura aponta ser comum, entre mulheres, a adopção de práticas alimentares e de redução de peso corporal inadequadas, quando insatisfeitas com sua imagem corporal. Essa insatisfação é manifestada no seu desejo de perder peso. A distorção da imagem corporal constitui um importante sintoma das perturbações alimentares, tendo influência da experiência do indivíduo com o seu peso e com a sua forma corporal.

Salientamos ainda as três correlações negativas entre a Imagem corporal e as sub-escalas Insatisfação Corporal, Desconfiança Interpessoal e Insegurança Social, o que nos indica que, à medida que o sujeito se sente cada vez mais insatisfeito com o seu corpo, a sua imagem corporal vai ficando mais negativa, o mesmo acontece com o aumento da desconfiança que vai sentindo nos outros indivíduos e na insegurança crescente que sente na sociedade. À medida que o desejo de perder peso aumenta, o sujeito vai criando uma imagem corporal mais positiva.

Verificámos que existem correlações estatisticamente significativas entre a Imagem do Corpo e algumas dimensões da Personalidade, nomeadamente entre as dimensões Extroversão, Abertura à Experiência e Conscienciosidade.

A dimensão Extroversão está correlacionada positivamente com a Imagem do Corpo, o que aponta para que um indivíduo com traços mais extrovertidos possui uma imagem mais positiva do seu corpo. Salientamos a correlação desta dimensão com os factores: Fechamento/Acessibilidade, o que nos indica que indivíduos mais abertos e que demonstram uma maior acessibilidade em comunicar apresentam traços de personalidade mais extrovertidos; e, com o factor Passividade/Actividade, o que nos leva a concluir que os indivíduos que estão em mais actividades, demonstrando mais energia e vivacidade, são mais extrovertidos. Ou seja, à medida que o indivíduo é mais extrovertido, desenvolve uma imagem corporal mais positiva. Segundo o estudo

de Bruchon-Schweitzer (1987), a dimensão extroversão encontrava-se correlacionada positivamente com o factor Insatisfação/Satisfação.

A dimensão Abertura à Experiência está correlacionada de modo negativo com a Imagem do Corpo, assim, concluímos que um indivíduo que é mais aberto a experienciar novas situações possui uma imagem do corpo mais negativa. Salientamos a correlação entre esta dimensão com a factor Insatisfação/Satisfação, o que nos revela que os indivíduos mais insatisfeitos com o seu corpo são os que têm uma maior abertura a experimentar novas situações e experiências. Este resultado, permite colocar a hipótese de que os indivíduos que exploram mais frequentemente o não-familiar, que sentem uma maior necessidade de alargar e examinar as experiências e que vivem de uma forma mais intensa do que os indivíduos mais fechados, que se sentem insatisfeitos com o seu corpo, talvez devido à comparação social e a padrões de beleza mais rigorosos.

A dimensão Conscienciosidade está correlacionada de modo positivo com a Imagem Corporal, assim, concluímos que indivíduos mais preparados e informados possuem uma imagem mais positiva do seu corpo. Salientamos a correlação desta dimensão com o factor Fechamento/Acessibilidade, o que nos indica que os indivíduos com maiores níveis de organização e preparação são mais acessíveis.

No que diz respeito aos domínios Neuroticismo e Amabilidade, não encontramos correlações estatisticamente significativas com a Imagem do Corpo. Segundo o estudo de Bruchon-Schweitzer (1987), a dimensão Neuroticismo estava correlacionada de modo negativo com o factor Passividade/Actividade.

No presente estudo, verificámos que existem correlações baixas, mas estatisticamente significativas, entre a dimensão de Personalidade Abertura à Experiência e o Comportamento Alimentar. Deste modo, a dimensão Abertura à Experiência está correlacionada negativamente com o comportamento alimentar, apresentando-se assim como uma característica protectora das perturbações alimentares.

Por conseguinte, no estudo de Heaven, Mulligan, Merrilees, Woods e Fairouz (2001), verificou-se uma relação entre a personalidade e o comportamento alimentar, tal como no de Faria e Shinohara (1998). Neste caso, verificaram que uma grande parte dos indivíduos com perturbações alimentares apresentam traços de personalidade comuns, tais como os encontrados em investigações que identificaram associações entre as perturbações alimentares e as medidas de auto-relato de traços

de personalidade específicos, incluindo perfeccionismo, obsessivo-compulsividade, impulsividade, busca de sensação, narcisismo, sociotropia e autonomia (Cassin & Ranson, 2005; Faria & Shinohara, 1998).

No domínio Neuroticismo, não encontramos correlações estatisticamente significativas com as medidas de perturbações do comportamento alimentar. Embora em estudos revistos, as dimensões Neuroticismo e Conscienciosidade apresentam-se como os principais preditores das perturbações do comportamento alimentar no âmbito da personalidade (Brookings & Wilson, 1994; Carmo, 2006). Mas, segundo a investigação de Lloyd (2007), também não foram encontradas correlações entre a dimensão Neuroticismo e o comportamento alimentar.

No domínio Extroversão, não encontramos correlações estatisticamente significativas com as medidas de perturbações do comportamento alimentar. Embora quiséssemos salientar as correlações negativas com as sub-escalas Desconfiança Interpessoal e Insegurança Social, sendo as correlações mais fortes nesta dimensão, em concordância com as investigações de Carmo (2006). Podemos sugerir que, talvez, devido à saliência de ocasiões sociais em que os indivíduos mais extrovertidos se envolvem, revelam menos sentimentos de resistência para ter relações próximas com os outros e avaliam que relações sociais são fáceis e seguras.

Numa investigação das relações entre personalidade, comportamento alimentar e sintomas psicológicos associados às perturbações alimentares, em estudantes universitários, Brookings e Wilson (1994) verificaram que a dimensão Extroversão se correlaciona positivamente com o desejo em emagrecer e negativamente com a medida de desconfiança interpessoal, o que se verifica também no nosso estudo.

A dimensão Abertura à Experiência foi a única em que obtivemos uma correlação negativa com o comportamento alimentar, indo ao encontro do que era esperado com outras investigações semelhantes (Brookings & Wilson, 1994; Podar, Hannus e Allik, 1999). Na nossa investigação, destacamos as duas correlações mais significativas verificadas entre esta dimensão e as sub-escalas Impulsividade e Perfeccionismo, o que nos leva a pensar que indivíduos que estão abertos a novas situações, sendo capazes de explorar o mundo que os rodeia com mais facilidade, apresentam uma menor tendência para serem impulsivos e perfeccionistas.

Tal como o verificado no nosso estudo, Podar, Hannus e Allik (1999) apontaram que a Abertura à Experiência é a única dimensão da personalidade,

estatisticamente significativa, como preditora do comportamento de risco de uso de substâncias e de comportamentos alimentares disfuncionais.

Finalmente, no que diz respeito aos domínios Conscienciosidade e Amabilidade, não encontrámos correlações estatisticamente significativas com as medidas de perturbações do comportamento alimentar.

Podemos sugerir que a dimensão Abertura à Experiência se demonstra como sendo uma dimensão protectora relativamente às Perturbações do Comportamento Alimentar. A dimensão Abertura à Experiência traduz a procura proactiva, a apreciação da experiência por si mesma, tolerância e exploração do não familiar. Logo, os indivíduos são mais amplos, profundos e permeáveis, sentem uma maior necessidade de alargar e examinar a experiência, demonstrando mais curiosidade. Desta forma, como os indivíduos possuem um vasto leque de experiências sentem-se mais conscientes, preparados e aceites na sociedade, desenvolvendo mais ferramentas que os ajudam a lidar com diversas situações e problemas.

Segundo investigações (Brookings & Wilson, 1994; Carmo, 2006; Heaven, Mulligan, Merrilees, Woods & Fairouz, 2001; Podar, Hannus & Allik, 1999) a dimensão Neuroticismo encontra-se positivamente correlacionada com a sintomatologia de desordem alimentar em amostras de universitários do género feminino. Embora poucos estudos tenham examinado a associação de Conscienciosidade (por exemplo, organizado, estudioso, intelectual), Amabilidade (por exemplo, cumpridor, cooperação, amizade), e Abertura à Experiência (por exemplo, aventureiro, de espírito livre, imaginativo) com as perturbações alimentares. Colectivamente, sugerem que indivíduos com perturbações alimentares tendem a ser menos conscienciosos, menos agradáveis, e mais abertos à experiência. No entanto, a Abertura a Experiência só pode ser um factor de risco para as perturbações alimentares quando combinado com alto Neuroticismo e Amabilidade baixa. Os resultados dos estudos sugerem que a sintomatologia das perturbações alimentares está correlacionada com os valores elevados nos domínios Neuroticismo e Abertura à Experiência e baixos nos domínios Conscienciosidade e Amabilidade. A maioria dos estudos agrupou indivíduos com perturbações alimentares diferentes e comparou-os com os grupos de controlo psiquiátrico, de modo que se desconhece se os indivíduos com Anorexia nervosa e Bulimia nervosa diferem uns dos outros sobre estes traços de personalidade (Cassin & Ranson, 2005).

Os transtornos alimentares são desordens complexas que são causadas e mantidas por diversos factores sociais, psicológicos e biológicos, trazendo consequências que podem ser graves, podendo levar até à morte. O aumento da consciencialização sobre os riscos das perturbações alimentares e distorção da imagem corporal, propiciado por especialistas e pelos *media*, tem feito com que algumas pessoas tenham vindo a procurar ajuda. Entretanto, muitos se recusam a admitir que têm um problema e não procuram tratamento. Apesar da grande complexidade e dos riscos que as perturbações do comportamento alimentar e distorções da imagem corporal provocam na vida de determinados indivíduos, o tratamento ainda é considerado a principal forma de intervenção, podendo até mesmo salvar uma vida. É fundamental, portanto, o apoio de familiares e amigos na tentativa de ajudar essas pessoas a reconhecer o problema e encorajá-las a procurar algum tipo de tratamento (Faria & Shinohara, 1998).

Não poderíamos terminar esta discussão sem fazer referência aos estudos de diferenças entre médias dos resultados.

No presente estudo, os resultados indicam diferenças de género relativamente à Imagem do Corpo: os rapazes apresentam-se como mais acessíveis, mais activos e serenos do que as raparigas. Tal leva-nos a pensar que o género masculino é mais receptivo a experiências sensoriais de ordem sensorial, sensual e estética. Tal como foi encontrado no estudo de Bruchon-Schweitzer (1987), que descobriu que os rapazes se apercebem mais acessíveis do que as raparigas. Em relação à actividade, Bruchon-Schweitzer (1987) também encontrou que o género masculino é mais activo do que o género feminino. Ao contrário do encontrado no presente estudo, Bruchon-Schweitzer (1987) encontrou que as raparigas são mais serenas do que os rapazes, todavia no nosso estudo as raparigas apresentaram-se mais tensas do que o género masculino. Relacionado com a idade, no nosso estudo não encontramos diferenças significativas em relação à imagem corporal. Porém, segundo a investigação de Bruchon-Schweitzer (1987), encontraram que quanto mais velho for o indivíduo, este deveria ser cada vez mais acessível, cada vez mais sereno (rapazes em particular), e, cada vez menos satisfeito e activo.

Considerando diferenças na imagem corporal em função dos estudos frequentados, encontramos diferenças estatisticamente significativas nos factores Fechamento/Acessibilidade, Insatisfação/Satisfação e Passividade/Actividade. Os estudantes de Desporto demonstraram-se como sendo os mais acessíveis e activos

em comparação com os restantes cursos. O que nos leva a pensar que os estudantes de Desporto por terem aulas mais práticas e que exigem actividade física, faz com que os alunos se tornem mais conscientes e envolvidos na questão da imagem do seu corpo. Assim, são mais abertos às experiências sensoriais do corpo e apresentam propriedades energéticas tais como resistência, energia, saúde e audácia.

Nos nossos resultados, os estudantes de Reabilitação Psicomotora demonstraram-se como sendo os mais satisfeitos com o seu corpo. Não foi encontrado suporte bibliográfico até à data que apoie este resultado, mas leva-nos a pensar que este curso tem como funções superar problemas de maturação, desenvolvimento, aprendizagem e comportamento através da intervenção por mediação corporal. Assim, os alunos têm boas bases de conhecimento teórico e prático acerca do seu corpo, e do corpo da outra pessoa, fazendo com que se tornem mais satisfeitos em relação ao corpo que possuem.

Quanto a diferenças de género e traços de personalidade verificámos que os rapazes têm valores mais elevados de Amabilidade do que as raparigas. Quer isto dizer que são mais altruístas, prestáveis, com predisposição a acreditar nos outros e a serem simpáticos em comparação com as raparigas.

Em relação aos cursos, encontrámos que os estudantes de Artes mostram-se como sendo os mais abertos à experiência. Deste modo, são os que procuram mais proactivamente e os que exploram o não-familiar com mais frequência, talvez devido ao facto de neste curso procurarem ser cada vez mais activos e interpretarem diversos papéis. A Amabilidade também se destacou nos estudantes do curso de Artes, desta forma são os mais altruístas, prestáveis benevolentes e simpáticos.

Relacionando com os grupos de idades, verificámos que o grupo dos 30 aos 33 anos apresentam valores de Conscienciosidade mais elevados em comparação com os restantes grupos de idades. Demonstra-nos que este grupo tem um extenso grau de organização, persistência e energia.

Em relação ao comportamento alimentar, na nossa amostra, relacionando com o género, os rapazes destacaram-se das raparigas por apresentarem uma maior preocupação em perder peso e terem sentimentos maiores de resistência para terem relações próximas. Em vários estudos, foi encontrado que as raparigas preocupam-se mais em perder peso e em fazer dieta do que o género masculino (Carmo, 2006; Damasceno *et al.*, 2006; Graup *et al.* 2008).

Relacionando com os grupos de idade, verificámos que o grupo dos 35 aos 49 anos são os mais insatisfeitos com o seu corpo, o que vem confirmar com a descoberta de Bruchon-Schweitzer (1987) que defende que quanto mais velho o indivíduo for a insatisfação corporal aumenta.

Os estudantes de Desporto destacaram-se dos restantes alunos dos outros cursos por apresentarem um maior desejo, preocupação em perder peso e em fazer dieta. No estudo de Malheiro e Gouveia (2001) encontraram uma associação entre as perturbações alimentares e os estudantes que frequentam o curso de Desporto, na medida em que se considera que os atletas lidam com factores que os obrigam a estarem fortemente focados no seu peso, atribuem demasiada importância à magreza, a um estereótipo de constituição corporal atractiva, além disso, os desempenhos exigem uma percentagem de gordura corporal mais baixa e as notas reflectem-se pelo seu desempenho na realização de actividades físicas. Os estudantes de Desporto também destacaram-se dos outros ao apresentarem sentimentos de resistência em ter relações próximas com outras pessoas, logo, sentem-se desconfortáveis e inseguros em relação aos outros. Os estudantes de Reabilitação Psicomotora apresentam maiores níveis de Ascetismo, assim avaliam tentativas de procurar virtudes através de ideias espirituais mais frequentemente. Os estudantes de Artes demonstraram-se como sendo os mais impulsivos do que os restantes alunos. Assim, demonstram mais dificuldades em regular os impulsos, são mais agressivos, auto-destrutivos e destroem as relações interpessoais com mais frequência.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

No presente estudo concluímos que existem correlações, estatisticamente significativas, entre todos os factores da Imagem do Corpo com algumas características do Comportamento Alimentar. Assim, uma boa imagem corporal está correlacionada positivamente com o comportamento alimentar adequado.

Com os resultados encontrados verificámos que a Imagem Corporal está correlacionado com dimensões de Personalidade, nomeadamente com as dimensões Extroversão, Abertura à Experiência e Conscienciosidade.

Em relação ao Comportamento Alimentar e aos Traços de Personalidade, concluímos que a dimensão Abertura à Experiência está correlacionada com o comportamento alimentar disfuncional.

Em relação às diferenças entre grupos, concluímos que em relação à sua imagem corporal o género masculino apresenta-se como sendo mais acessíveis, mais activos e mais serenos do que o género feminino. Relacionando com as perturbações alimentares verificámos que o género masculino apresenta um maior desejo em emagrecer e apresentam sentimentos de relutância em ter relações próximas com outras pessoas. Em relação aos Traços de Personalidade, também, o género masculino demonstrou-se como tendo níveis de amabilidade mais elevados do que o género feminino.

Nos cursos frequentados e as variáveis em estudo, chegámos à conclusão que os estudantes de Desporto demonstram-se com uma imagem corporal mais acessível e activa comparando com outros cursos, os estudantes de Reabilitação Psicomotora apresentam-se como sendo os mais satisfeitos com o seu corpo. Em relação ao comportamento alimentar, os estudantes de Desporto apresentam um maior desejo em emagrecer, maior relutância em ter relações próximas com outras pessoas. No entanto, os estudantes de Artes demonstraram-se como sendo os mais impulsivos, e os estudantes de Reabilitação Psicomotora como tendo níveis de Ascetismo mais elevados. Em relação aos cursos e Traços de Personalidade, os estudantes de Artes apresentam mostram-se mais abertos a novas experiências e com níveis de Amabilidade mais elevados.

No Grupo de Idades relacionadas com as nossas variáveis em estudo, concluímos que os indivíduos entre os 30 e os 33 anos apresentam, nos Traços de Personalidade, valores de Conscienciosidade mais elevados que os restantes grupos

de idades. E que os indivíduos com idades entre os 35 e 49 anos são os mais insatisfeitos com o seu corpo.

Um conjunto de limitações está presente na nossa investigação.

Encontrámos limitações a nível psicométrico em algumas medidas de avaliação. Assim, obtivemos na medida de avaliação dos traços de personalidade uma baixa consistência interna, e na medida de avaliação do comportamento alimentar obtivemos indicadores de consistência frágeis em relação a algumas sub-escalas. Desta forma, estes indicadores psicométricos apontaram para a necessidade de haver uma interpretação muito cautelosa dos resultados obtidos através destes instrumentos.

No que diz respeito às condições de aplicação, alguns docentes com menos disponibilidade para a aplicação dos questionários, suscitaram alguma pressão nos alunos para o preenchimento dos mesmos, podendo ter causado algum enviesamento nos resultados obtidos. Deste modo, pensámos que poderá ter influenciado as respostas, e que assim, os alunos possam ter escolhido o método de resposta ao acaso, podendo ter enviesado os resultados que encontrámos. O instrumento de avaliação, NEO-FFI-20, foi preenchido em último lugar, podendo ter suscitado algum desinteresse por parte dos participantes, proveniente do cansaço no preenchimento dos instrumentos.

No que respeita à amostra, os estudantes avaliados pertenciam a uma amostra não-clínica, não reflectindo, assim, a população com estas patologias. O grupo não constituiu, portanto, uma amostra representativa da população com perturbações do comportamento alimentar, o que limita a possibilidade de generalização dos resultados obtidos, circunscrevendo-os aos estudantes incluídos na nossa amostra. Pretendia-se inicialmente uma composição igualitária dos participantes, tanto em função do género como da idade. Mas, por motivos já mencionados, não foi possível alcançar tal distribuição.

Apesar destas limitações, esperamos que a nossa investigação possa ter contribuído para melhorar o conhecimento acerca da imagem do corpo nas perturbações alimentares e nos traços de personalidade.

Como estudos futuros, propúnhamos um estudo psicométrico na análise das medidas de avaliação e pelo afinamento dos instrumentos de forma a melhorar os indicadores psicométricos. Esperamos estimular novos estudos que avaliem a imagem

corporal e as perturbações alimentares comparando uma amostra clínica e uma não-clínica. Sob o mesmo tema, seria interessante introduzir a variável Índice de Massa Corporal (IMC) para se verificar diferenças entre os grupos. Também seria interessante verificar as diferenças entre os traços de personalidade numa amostra não-clínica e uma clínica.

Concluimos, a partir das correlações obtidas neste estudo, que a imagem corporal está correlacionada com algumas características do comportamento alimentar. A imagem corporal também está correlacionada com algumas dimensões de personalidade, nomeadamente as dimensões Extroversão, Abertura à Experiência e Conscienciosidade. E, por fim, encontramos correlações entre a dimensão de personalidade Abertura à Experiência com o comportamento alimentar disfuncional.

Finalizando, os aspectos associados às perturbações alimentares, como o conceito de beleza corporal, precisam ser pensados no plano sociocultural. Nas sociedades actuais, a imagem corporal é dada apenas pela dimensão do corpo biológico, desvinculado do corpo social e espiritual, ao contrário do que se verifica nas sociedades indígenas. Os aspectos físicos e materiais são extremamente valorizados, sujeitando os indivíduos a padrões de estética corporal passageiros, ditados pelos conceitos da moda, que para muitos são inatingíveis (Alves, 2006).

Além disso, os estudantes universitários são um grupo de risco para o desenvolvimento de malnutrição e perturbações alimentares devido ao processo de transição e aprendizagem de vivência independente (Shankar, Dilworth & Cone, 2004).

Em suma, são necessários estudos epidemiológicos, a nível nacional, para se poder ter uma clara visão da extensão do problema e planear a adequação dos serviços às reais necessidades da população.

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. (1997). *Assessment of Adult Personality*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Allport, G. (1974). *Personalidade – Padrões e Desenvolvimento*. São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo.
- Alves, E. (2006). *Sintomas de Anorexia Nervosa e Imagem Corporal em Adolescentes femininas do Município de Florianópolis*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ªed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, D. (2005). Imagem Corporal: A Descoberta de Si Mesmo. *História, Ciências; Saúde – Manguinhos*, 2, 547-554.
- Barros, D.D., Bankoff, A., & Schmidt, A. (2005). A imagem corporal da mulher. A busca de um corpo ideal. *Revista Digital – Buenos Aires*, 8, 1.
- Bertoquini, V., & Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos cinco factores de Personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.
- Bosi, M., Luiz, R., Uchimura, K., & Oliveira, F. (2008). Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1, 28-33.
- Bouça, D., & Sampaio, D. (2002). Avaliação Clínica nas Doenças do Comportamento Alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 121-133.
- Brookings, J.B., & Wilson, J.F. (1994). Personality and family environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviours. *Journal of Personality Assessment*, 63, 646-653.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1981). L'image du corps chez les lycées, etude structurale et comparative. *Bulletin de Psychologie*, 355, 435-448.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1986-1987). L'image du corps de 10 à 40 ans. Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire Q.I.C. *Bulletin de Psychologie*, 382, 893-907.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the body-image: The Body-image questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 887-892.
- Bucaretychi, H. (2003). *Anorexia e Bulimia Nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Capisano, H.F. (1992). Imagem Corporal. In J. Mello Filho (Ed). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carmo, C. (2006). *Comportamento Alimentar e dimensões da Personalidade numa amostra não-clínica*. Tese de mestrado em Psicologia da apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Cash, T. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1, 1–5.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body Images – Development, Deviance, and Change*. New York: The Guilford Press.
- Casimiro, M. (2007). *Imagem corporal e Relacionamento no período gravídico e pós-parto*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Cassin, S., & Ranson, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895–916.
- Castilho, S. (2001). *A Imagem Corporal*. Santo André: Editora ESETec Editores Associados.
- Cervone, D. (2000). Evolutionary Psychology and Explanation in Personality Psychology: How do we know which module to invoke? *American Behavioural Scientist*, 43, 1001-1014.
- Cheng, H. (2006). *Body Image Dissatisfaction Of College Women: Potential Risk And Protective Factors*. Tese de doutoramento apresentada à University of Missouri-Columbia.
- Coelho, E., & Fagundes, T. (2007). Imagem corporal de mulheres de diferentes classes económicas. *Motriz, Rio Claro*, 2, 37-43.
- Costa, Jr., P., & McRae, R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: is the back worse than the bite. *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Costa, Jr., P., & McRae, R. (1989). Personality, stress and coping: some lessons. In K. Makkides & C. Cooper (Eds.), *Ageing, stress and health* (pp. 269-285). New York: John Wiley & Sons.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cunha, M.J. (2004). *A Imagem Corporal – uma abordagem sociológica à importância do corpo e da magreza para as adolescentes*. Azeitão: Autonomia 27.

- Damasceno, V., Lima, J., Vianna, V., Vianna, J., Lacio, M., & Novae, J. (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 3, 181-186.
- Damasceno, V., Vianna, V., Vianna, J., Lacio, M., Lima, J., & Novae, J. (2006). Imagem corporal e corpo ideal. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 1, 87-96.
- Dias, P. (2007). *Vinculação e Regulação Autonómica nas Perturbações Alimentares*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho.
- Faria, S., & Shinohara, H. (1998). Transtornos Alimentares. *InterAÇÃO*, 2, 51-73.
- Fernandes, A.E. (2007). *Avaliação da Imagem Corporal, Hábitos de Vida e Alimentares em crianças e adolescentes de escolas publicas e particulares de Belo Horizonte*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais.
- Ferreira, F.R. (2008). A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. *Interface - Comunicação Saúde, Educação*, 26, 471-483.
- Fisher, S. (1990). The Evolution of Psychological Concepts about the body. In T. Cash, & T. Pruzinsky (Eds). *Body Images – Development, Deviance, and Change*. New York: The Guilford Press.
- Freedman, R. (1990). Cognitive Behavioral Perspectives on Body-Image Change. In T. Cash, & T. Pruzinsky (Eds). *Body Images – Development, Deviance, and Change*. New York: The Guilford Press.
- Freitas, N. (2008). Esquema corporal, imagem visual e representação do próprio corpo: questões teórico-conceituais. *Ciências & Cognição*, 3, 318-324.
- Galindo, E. (2005). *Tradução, Adaptação e Validação do Eating Behaviours and Body Image Test (Ebbit) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de São Paulo.
- Garcia, T. (1996). *Perturbação da Imagem Corporal na Anorexia Nervosa. Estudo exploratório de uma técnica de distorção fotográfica*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Garner, D.M., & Olmstead, M.P. (1991). *Eating Disorders Inventory -2: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

- Garner, D.M., Olmstead, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of multidimensional Eating disorders inventory for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 2, 15-35.
- Gerlinghoff, M., & Backmund, H. (1997). *Anorexia e Bulimia*. Lisboa: Editorial Presença
- Giordani, R. (2006). A Auto-Imagem Corporal na Anorexia Nervosa: Uma Abordagem Sociológica. *Psicologia & Sociedade*, 2, 81-88.
- Gleeson, K., & Frith, H. (2006). (De)constructing Body Image. *Journal of Health Psychology*, 11, 1, 79-90.
- Gomes, A. (2002). *Imagem corporal em Toxicodependentes*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Gonzalez, B., & Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de Saúde e Dimensões de Personalidade em Jovens Estudantes Universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 107-127.
- Graup, S., Pereira, E., Lopes, A., Araújo, V., Legnani, R., & Borgatto, A. (2008). Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares. *Revista brasileira de Educação Física Esporte*, 2, 129-38.
- Hansen, K. (2008). *Body Shape Dissatisfaction: Patterns of Concern among subgroups of College Freshmen Women*. Tese apresentada à Brigham Young University.
- Harari, D., Furst, M., Kiryati, N., Caspi, A., & Davidson, M. (2001). A Computer-Based Method for the Assessment of Body-Image Distortions in Anorexia-Nervosa Patients. *IEEE Transactions On Information Technology In Biomedicine*, 4, 311-319.
- Hargreaves, D.A., & Tiggemann, M. (2006). Body Image Is for Girls. A Qualitative Study of Boy's Body Image. *Journal of Health Psychology*, 11, 4, 567-576.
- Heaven, P., Mulligan, K., Merrilees, R., Woods, T., & Fairouz, Y. (2001). Neuroticism and conscientiousness as a predictor of emotional, external and restrained eating behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 161-166.
- Hesse-Bier, S., Marino, M., & Watts-Roy, D. (1999). A Longitudinal Study of Eating Disorders among College Women: Factors that influences Recovery. *Gender and Society*, 13, 385-408.
- Kakeshita, I. (2004). *Estudo das relações entre o estado nutricional, a percepção da Imagem corporal e o Comportamento Alimentar em adultos*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Keski-Rahkonen, A. (2004). *Genetic and environmental influences on body image, disordered eating, and intentional weight loss*. Tese de doutoramento apresentada à University of Helsinki.
- Lietchy, T. (2004). *Body Image and Beliefs about Appearance: Maternal Influences and Resulting Constraints on Leisure of College-Age Women*. Tese de mestrado apresentada à Brigham Young University.
- Lilenfeld, L., Wonderlich, S., Riso, L., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 299-320.
- Lima, M.P. (1997). NEO-PI-R. *Contextos teóricos e psicométricos "ocean" ou "iceberg"?*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra
- Lima, M.P., & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2, 171-179
- Lloyd, B. (2007). *Investigating the relationships between eating style, attention and neuroticism*. Tese apresentada à Universidade de Wales Bangor.
- Malheiro, A., & Gouveia, M. (2001). Ansiedade Física Social e comportamentos alimentares de risco em contexto desportivo. *Análise Psicológica*, 1, 143-155.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS (3ª ed)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marsella, A., Dubanoski, J., Hamada, W., & Morse, H. (2000). The Measurement of Personality across Cultures: Historical, Conceptual, and Methodological Issues and Considerations. *American Behavioural Scientist*, 1, 41-62.
- Matthews, G., Deary, I.J., & Whiteman, M.C. (2003). *Personality Traits (2nd ed)*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Maximiano, J., Miranda, M., Tomé, C., Luís, A., & Maia, T. (2004). Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 2, 69-76.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Neves, L. (2008). *Vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional nas perturbações alimentares*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho.

- Nodin, N. (1999). A depressão nas perturbações da alimentação. *Análise Psicológica*, 4, 687-694.
- Nunes, C. H. S. S., & Hutz, C. S. (2007). Construção, normalização e validação das escalas de socialização e extroversão no modelo dos cinco grande factores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 1, 20-25.
- Nunes, C.H.S.S. (2005). *Construção, normalização e validação das escalas de socialização e extroversão no modelo dos cinco grande factores*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Oliveira, F., Bosi, M., Vigário, P., & Vieira, R. (2003). Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Revista Brasileira Médica do Esporte*, 6, 348-356.
- Oliveira, G., & Fonseca, P. (2006). A compulsão alimentar na recepção dos profissionais de saúde. *Psicologia Hospitalar*, 2, 1-18.
- Pacheco, L., & Sisto, F. (2003). Aprendizagem por interação e traços de personalidade. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7, 69-76.
- Pascoal, P. (2003). *Factores Associados às Perturbações Alimentares em grupos de estudantes de dança: Estudo Comparativo*. Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). *Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos Big Five*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Peden, J., Stiles, B., Vandehey, M., & Diekkhoff, G. (2008). The Effetcs of External Pressures and Competitiveness on Characteristics of Eating Disorders and Body Dissatisfaction. *Journal of Sport & Social Issues*, 4, 415-429.
- Penz, L., Bosco, S., & Vieira, J. (2008). Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição. *Scientia Medica*, 3, 124 -128.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006). Contribuições do Desenho da Figura Humana para a Avaliação da Imagem Corporal na Anorexia Nervosa. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 36, 361-370.
- Pirath, C. (2007). *Imagem Corporal e Corpo Físico*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade do Sul de Santa Catarina.
- Podar, I., Hannus, A., & Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight-

- preoccupied and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, 73, 133-147.
- Rebelo, A. (2006). *Obesidade Mórbida: Factores de Personalidade, Comportamento Alimentar e Imagem Corporal*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Rebelo, A., & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3, 467-477.
- Romaro, R., & Itokazu, F. (2002). Bulimia Nervosa: Revisão da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2, 407-412.
- Rosen, J. (1990). Body-Image Disturbances in Eating Disorders. In T. Cash, & T. Pruzinsky (Eds). *Body Images – Development, Deviance, and Change*. New York: The Guilford Press.
- Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M., & Cordás, T.A. (2004). Imagem Corporal nos Transtornos Alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 4, 164-166
- Santos, M.G. (2006). *Dançoterapia Integrativa – uma metodologia de intervenção nos comportamentos agressivos*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Évora.
- Saur, A. (2007). *Imagem Corporal: auto-satisfação e representação psíquica em desenhos de Figura Humana*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.
- Saur, A., & Pasian, S. (2008). Satisfação com a Imagem Corporal em Adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica*, 2, 199-209.
- Schilder, P. (1981). *A Imagem do Corpo. As energias construtivas da psique* (trad. Rosanne Wertman). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, Ltda.
- Shankar, P., Dilworth, J., & Come, D. (2004). Dietary Intake and Health Behaviour among Black and White College Females. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 33, 159-171.
- Sigall, B., & Pabst, M. (2005). Gender literacy: enhancing female self-concept and contributing to the prevention of body dissatisfaction and eating disorders. *Social Science Information*, 1, 85 -111.
- Silva, A. (2007). The relationship between personality traits and eating pathology in adolescent girls. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 285–292.

- Silva, C. (2001). Perturbações alimentares em contextos desportivos: Um estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 1, 131-141.
- Silva, R., Júnior, R., & Miller, J. (2004). Imagem corporal na perspectiva de Paul Schilder. Contribuições para trabalhos corporais nas áreas de educação física, dança e pedagogia. *Revista Digital*, 68, 1.
- Simões, A. (1999). A personalidade do adulto: estabilidade e/ou mudança? *Psychologica*, 22, 9-26.
- Sobreira, C. (2008). *Relação entre percepção auto-referida da imagem corporal de estudantes universitários da área de saúde e desenvolvimento da identidade corporal: um olhar psicodramático*. Monografia apresentada ao Departamento de Psicodrama – Instituto Sedes Sapientiae.
- Souza-Kaneshima, A., França, A., Kneube, D., & Kaneshima, E. (2006). Ocorrência de anorexia nervosa e distúrbio de imagem corporal em estudantes do ensino médio de uma escola da rede pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Science Health*, 2, 119-127.
- Stipp, L., & Oliveira, M. (2002). Imagem Corporal e Atitudes Alimentares: Diferenças entre Estudantes de Nutrição e de Psicologia. *Saúde em Revista*, 9, 47-51.
- Strickland, A. (2004). *Body Image and Self-Esteem: a study of relationships and comparisons between more and less physically active college women*. Dissertação de Doutorado apresentada à The Florida State University College Of Education.
- Tait, G. (1993). 'Anorexia Nervosa': Asceticism, Differentiation, Government. *ANZJS*, 2, 194-206.
- Tavares, M. (2003). *Imagem corporal, conceito e desenvolvimento*. São Paulo: Manole.
- Torres, S., & Guerra, M. (2003). A Construção de um Instrumento de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 97-110.
- Vilela, J., Lamounier, A., Dellaretti Filho, M., Neto, J., & Horta, G. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*, 1, 49-54.
- Woodside, D.B., Bulik, C.M., Thornton, L., Klump, K.L., Tozzi, F., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Kaplan, A.S., Strober, M., Devlin, B., Bacanu, S., Ganjei, K., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Keel, P., Berrettini, W.H., & Kaye, W. (2004). Personality in men with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 273-278.

ANEXOS

Anexo I – BIQ

QUESTIONÁRIO SOBRE A IMAGEM DO CORPO

(Bruchon-Schweitzer) – trad. e adapt. Graça Duarte Santos, 1998)

Curso _____ Ano: _____ Idade: _____

Universidade: _____ Sexo: _____

1	2	3	4	5
Muitas vezes	Algumas vezes	Nem um nem outro	Algumas vezes	Muitas vezes

Achas que o teu corpo

1. tem pouca saúde	1	2	3	4	5	tem muita saúde
2. é bonito	1	2	3	4	5	é feio
3. te dá prazer	1	2	3	4	5	não te dá prazer
4. é feminino	1	2	3	4	5	é masculino
5. é limpo	1	2	3	4	5	é sujo
6. é medroso	1	2	3	4	5	é corajoso
7. é vazio	1	2	3	4	5	é cheio
8. é para se tocar	1	2	3	4	5	não é para se tocar
9. é frio	1	2	3	4	5	é quente
10. é irritado	1	2	3	4	5	é calmo
11. é livre	1	2	3	4	5	é preso
12. é para se esconder	1	2	3	4	5	é para se mostrar
13. é sereno	1	2	3	4	5	é nervoso
14. é velho	1	2	3	4	5	é jovem
15. é erótico	1	2	3	4	5	não é erótico
16. é fraco	1	2	3	4	5	é forte
17. é alegre	1	2	3	4	5	é triste
18. não é para se olhar	1	2	3	4	5	é para se olhar
19. é energético	1	2	3	4	5	não é energético

Anexo II – NEO-FFI-20

Anexo II

Leia cada afirmação com atenção. Para cada afirmação, nas páginas seguintes, marque com ☒ apenas a coluna que melhor corresponde à sua opinião. Se mudar de opinião ou se se enganar apague completamente a resposta ou, no caso de isso não ser possível, preencha o ☒ errado e assinale com um ☒ a sua resposta final. Não existem respostas certas nem erradas. Descreva as suas opiniões rápida, espontânea e honestamente. Responda a todas as questões.

Assinale **Discordo Fortemente** se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela. Assinale **Discordo** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela. Assinale **Neutro** se a afirmação for igualmente falsa e verdadeira, se não se decidir ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra. Assinale **Concordo** se a frase for, na maior parte das vezes, verdadeira ou se concordar com ela. Assinale **Concordo Fortemente** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

	Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente
1. Raramente estou triste ou deprimido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A poesia pouco ou nada me diz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepiro ou uma onda de emoção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou uma pessoa muito competente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sou uma pessoa muito activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo III – EDI-2

Anexo III

Questionário _____

EDI-2

Instruções

A escala que se segue quantifica os vários tipos de atitudes, reacções e comportamentos. Algumas questões estão relacionadas com a comida e alimentação. Outras interrogam-na(o) sobre a sua atitude em relação a si própria(o). Não há respostas certas ou erradas. O objectivo deste inventário é a pesquisa científica, por isso tente ser totalmente honesta(o) nas suas respostas, responda cuidadosamente a cada uma das perguntas e, contribua para o avanço da ciência. Os resultados são totalmente confidenciais. Leia cada pergunta e coloque um X na coluna que melhor se aplica ao seu caso. Verifique se respondeu a todas as questões.

Obrigado.

	Sempre	Normal-mente	Frequente-mente	As vezes	Raramente	Nunca
1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervosa (o).						
2. Acho que o meu estômago é grande demais.						
3. Desejava poder voltar à segurança da infância.						
4. Quando estou aborrecida (o) tenho que comer.						
5. Empanturro-me de comida.						
6. Gostava de ser mais nova (o).						
7. Penso em fazer dieta.						
8. Fico assustada (o) quando os meus sentimentos são muito intensos.						
9. Acho as minhas coxas muito gordas.						
10. Sinto-me inútil como pessoa.						
11. Sinto-me extremamente culpada (o) depois de comer demais.						
12. Acho que o meu estômago tem o tamanho certo.						
13. Apenas os desempenhos excelentes são suficientemente bons para a minha família.						
14. A época mais feliz da vida é a infância.						
15. Falo abertamente dos meus sentimentos.						
16. Fico aterrorizada (o) com a ideia de ganhar peso.						
17. Confio nos outros.						
18. Sinto-me sozinha (o) no mundo.						
19. Gosto da forma do meu corpo.						
20. Geralmente sinto que controlo a minha vida.						
21. Saber que emoção estou a sentir, deixa-me confusa (o).						
22. Preferia ser adulto a ser criança.						
23. Comunico facilmente com os outros.						
24. Desejava ser outra pessoa.						

	Sempre	Normal-mente	Frequente-mente	As vezes	Raramente	Nunca
25. Exagero na importância do peso.						
26. Facilmente identifico o que sinto.						
27. Sinto-me inadequada (o).						
28. Já me aconteceu comer de mais e sentir que não conseguia parar.						
29. Em criança esforçava-me por não desiludir os meus pais e professores.						
30. Tenho relações de amizade próximas.						
31. Gosto da forma das minhas nádegas.						
32. Estou preocupada (o) com o desejo de ser magra (o).						
33. Não sei o que se passa dentro de mim.						
34. Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros.						
35. As exigências da vida adulta são demasiadas.						
36. Detesto quando não sou a (o) melhor.						
37. Sinto-me segura (o) de mim.						
38. Penso, frequentemente, em empanturrar-me com comida.						
39. Estou feliz por já não ser uma criança.						
40. É confuso perceber se tenho fome ou não.						
41. Tenho fraca opinião a meu respeito.						
42. Sinto-me capaz de atingir os meus objectivos.						
43. Os meus pais esperam o máximo de mim.						
44. Preocupa-me a possibilidade de perder o controle dos meus sentimentos.						
45. Penso que as minhas ancas são muito largas.						
46. Como moderadamente em frente dos outros e empanturro-me quando se vão embora.						
47. Sinto-me enfiada (o) depois de comer uma refeição normal.						
48. Acho que as pessoas são mais felizes enquanto crianças.						
49. Se aumento 1Kg preocupa-me continuar a aumentar de peso.						
50. Sinto que sou uma pessoa capaz.						
51. Quando estou aborrecida (o) não sei se estou triste, assustada (o) ou zangada (o).						
52. Se não faço as coisas na perfeição prefiro não as fazer.						
53. Já pensei em tentar vomitar para perder peso.						
54. Preciso de manter as pessoas a uma certa distância (sinto-me mal quando se tentam aproximar demasiado).						
55. Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo.						
56. Sinto-me emocionalmente vazia (o).						
57. Consigo falar dos meus pensamentos e sentimentos.						
58. Os melhores anos da nossa vida são quando nos tomamos adultos.						
59. Acho as minhas nádegas grandes demais.						
60. Tenho sentimentos que não consigo identificar.						

	Sempre	Normal-mente	Frequente-menta	As vezes	Raramente	Nunca
61. Como ou bebo às escondidas.						
62. Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo.						
63. Tenho objectivos muito elevados.						
64. Quando ando aborrecida (o), receio começar a comer.						
65. As pessoas de quem gosto realmente acabam por me desapontar.						
66. A minha fraqueza humana envergonha-me.						
67. Dizem que sou emocionalmente instável.						
68. Gostaria de ter o controle total dos meus impulsos corporais.						
69. Sinto-me relaxada (o) na maioria das situações.						
70. Reajo impulsivamente e depois arrependo-me de o ter feito.						
71. Vou mudar para experimentar o prazer.						
72. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso de drogas.						
73. Tenho saído com a maioria das pessoas que conheço.						
74. Sinto-me ultrajada (o) nas relações que estabeleço.						
75. Contrariar-me faz-me sentir espiritualmente forte.						
76. As pessoas percebem os meus problemas reais.						
77. Não consigo abstrair-me de pensamentos estranhos.						
78. Comer por prazer é sinal de fraqueza moral.						
79. Sou perita (o) em exteriorizar a raiva e a fúria.						
80. Sinto que as pessoas me dão o apreço que mereço.						
81. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso do álcool.						
82. Acho que o relaxamento é simples perda de tempo.						
83. As pessoas dizem que me irrito facilmente.						
84. Para onde quer que vá sinto-me sempre perdida.						
85. Tenho períodos de humor marcados.						
86. Os meus impulsos corporais embaraçam-me.						
87. Prefiro passar o tempo comigo mesma (o) do que com outras pessoas.						
88. O sofrimento faz as pessoas melhores.						
89. Sei que as pessoas gostam de mim.						
90. Sinto que tenho que me martirizar ou magoar alguém.						
91. Sei quem realmente sou.						

Anexo IV - Matriz não rodada dos factores do BIQ

Itens	Factores			
	1	2	3	4
1	,45	-,18	-,08	,08
2	,51	,58	-,05	,30
3	,54	,63	,01	,23
4	,43	,11	,37	-,01
5	,41	,51	,37	,10
6	,61	-,33	,06	,33
7	,40	-,30	,50	,18
8	,56	,47	,05	-,1
9	,66	-,34	,02	,02
10	,49	-,30	-,24	,49
11	,69	-,09	,13	-,27
12	,64	,15	-,40	-,14
13	-,36	-,05	,54	-,19
14	,55	-,14	,38	,05
15	,63	,00	-,20	-,31
16	,62	-,32	-,07	,24
17	,69	-,06	-,06	-,19
18	,70	-,06	-,26	-,32
19	,61	-,11	,20	-,39

Anexo V- Matriz rodada dos factores do BIQ

Itens	Factores			
	1	2	3	4
1	,28	,05	,38	,14
2	,11	,79	,22	-,02
3	,15	,84	,15	,03
4	,19	,31	,03	,45
5	,07	,67	-,08	,33
6	,19	,08	,64	,37
7	,03	,01	,27	,68
8	,40	,62	-,00	,11
9	,45	-,00	,48	,35
10	,08	,08	,78	,06
11	,62	,15	,16	,38
12	,62	,32	,30	-,18
13	-,25	-,20	-,48	,36
14	,25	,17	,23	,57
15	,69	,16	,18	,04
16	,29	,05	,63	,26
17	,20	,18	,26	,21
18	,76	,14	,26	,03
19	,64	,07	,02	,41
%V	32,05	9,63	7,11	5,88
C%	32,05	41,68	48,79	54,66

Nota: %V – percentagem da variância dos resultados; C% - variância acumulada

Anexo VI- Matriz não rodada dos domínios do NEO-FFI-20

Itens	Domínios				
	1	2	3	4	5
1	,46	,09	,46	-,11	-,19
2	,66	-,01	,16	,16	-,29
3	-,27	,57	,44	,08	,20
4	,30	-,46	,24	,24	,39
5	,52	,13	-,10	-,29	,26
6	-,50	-,01	-,16	,33	,22
7	,48	,24	-,19	,57	-,21
8	,15	-,29	-,33	,56	,11
9	,33	-,34	,39	,33	,37
10	,63	,20	-,17	-,10	,34
11	,49	,14	,47	-,10	-,15
12	,60	,35	-,16	,26	-,20
13	-,18	,34	,49	,11	,29
14	-,34	,55	-,05	,10	-,03
15	,42	,23	-,39	-,15	,41
16	-,27	,03	-,40	,21	,25
17	,45	,42	-,23	,28	-,17
18	-,25	,42	,36	,37	,28
19	-,42	,51	-,20	-,07	-,10
20	,46	,25	-,20	-,41	,39

Anexo VII- Matriz rodada dos domínios do NEO-FFI-20

Itens	Domínios				
	1	2	3	4	5
1	,14	,66	,06	,14	,08
2	,50	,50	,06	,23	-,16
3	-,06	,08	-,03	-,20	,77
4	-,03	,01	,07	,75	,00
5	,07	,21	,62	,08	-,08
6	-,07	-,58	-,22	,00	,21
7	,83	,01	,02	,09	-,00
8	,40	-,43	-,07	,39	-,20
9	,06	,11	,03	,76	,17
10	,27	,12	,69	,16	-,02
11	,16	,67	,11	,14	,13
12	,71	,21	,25	-,04	-,04
13	-,12	,09	-,02	,06	,68
14	,10	-,18	-,06	-,46	,41
15	,17	-,14	,72	,00	-,06
16	,04	-,58	,04	-,05	,02
17	,68	,08	,22	-,15	,03
18	,08	-,12	-,11	,03	,74
19	-,01	-,23	-,04	-,61	,24
20	-,02	,11	,79	-,04	-,03
%V	18,63	10,69	9,64	8,03	6,88
C%	18,63	29,32	38,95	46,98	53,85

Nota: %V – percentagem da variância dos resultados; C% - variância acumulada